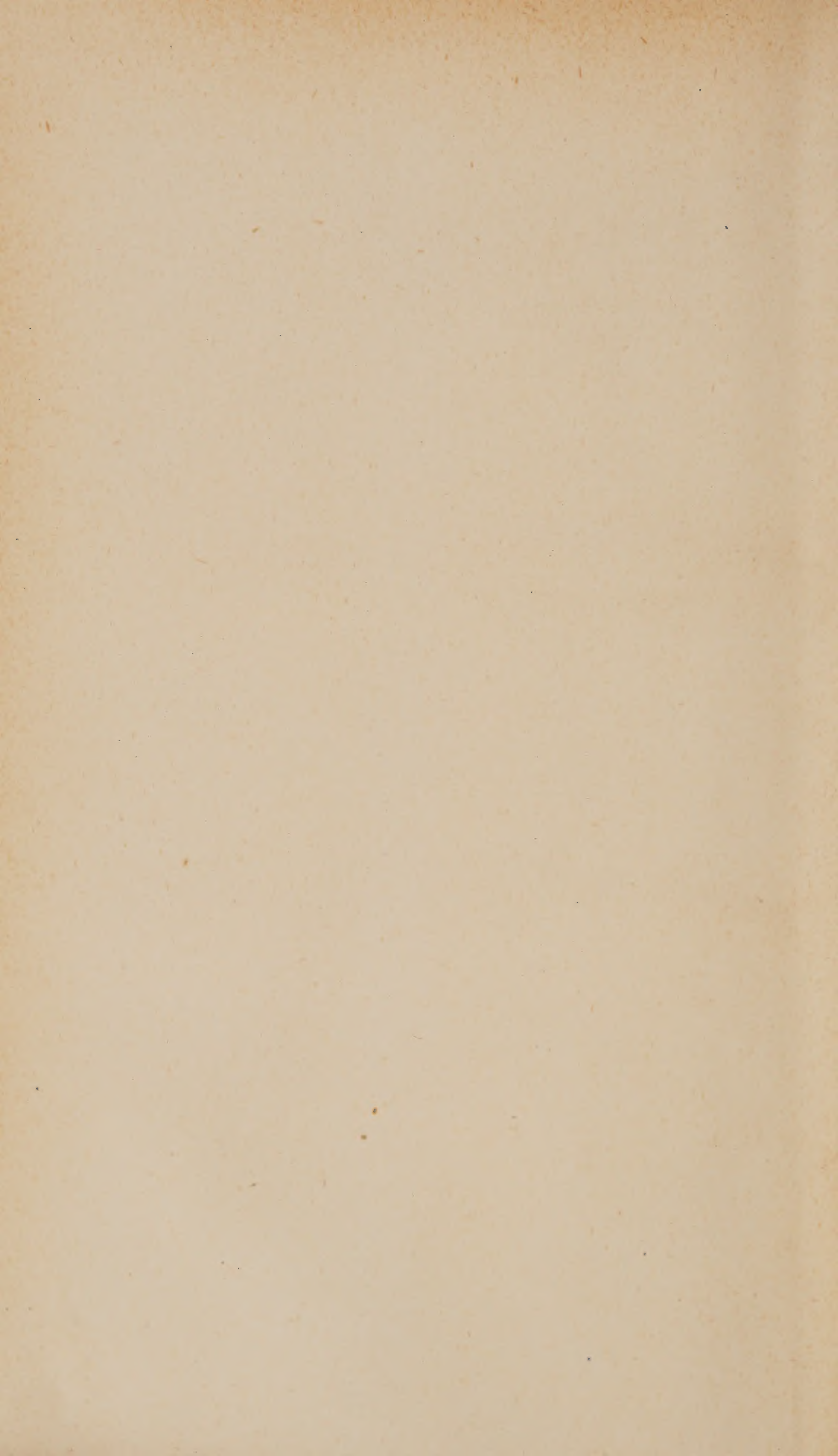
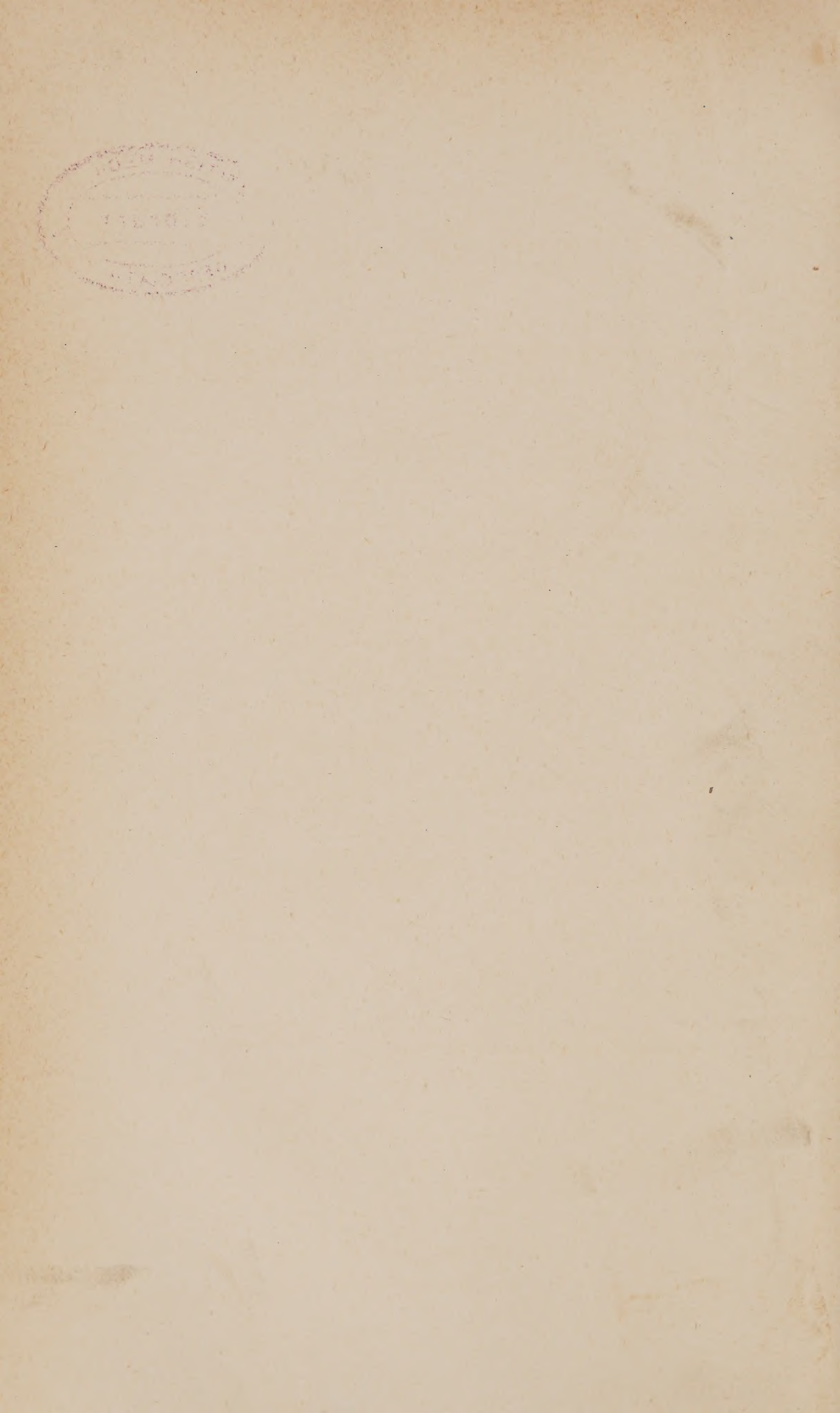


A933









Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Prof. BAZIN, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Dr. BURCHARDT, Prof. DUHRING, Prof. FRIEDREICH, Prof. GEBER, Prof. HEBRA, Prof. KAPOSI, Prof. KLOB, Prof. KÖBNER, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHWIMMER, Prof. v. SIGMUND, Dr. SIMON, DDr. VEIEL, Prof. v. WALLER, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. F. J. Pick
Vorstand der Klinik für Hautkrankh. u. Syph. in
PRAG

und

Prof. Dr. H. Auspitz
Director der allgemeinen Poliklinik in
WIEN.

Vierter 1877. Jahrgang.

(Der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Mit neun lithographirten Tafeln und drei Holzschnitten.

Wien, 1877.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

I n h a l t.

Originalabhandlungen.

Aus den Verhandlungen ärztlicher Körperschaften.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalabhandlungen.

Ueber die Structur des lupösen Gewebes.

Von

Dr. A. Jarisch,

Assistent an der dermatologischen Klinik in Wien.

Aus dem Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie in Wien.

(Hierzu Tafel I.)

Seit den eingehenden Untersuchungen über Lupus von Auspitz[1]) stimmen fast alle Autoren in der Ansicht überein, dass derselbe vom bindegewebigen Antheile der Cutis seinen Ausgang nehme. Nur Rindfleisch[2]) neigt sich einer älteren, insbesondere von Berger[3]) vertretenen Anschauung hin, derzufolge der Lupus vom Rete Malpighii ausginge. Rindfleisch sieht zwar nicht im Rete Malpighii selbst die Wucherungsstätte des Lupus, wohl aber in den drüsigen Fortsätzen der Epidermis und nennt denselben geradezu ein Adenom der Talg- und Schweissdrüsen.

Diese Auffassung Rindfleisch's konnte jedoch eine Anerkennung von Seite der Autoren nicht finden; nicht weil dieselben die Bilder, welche Rindfleisch beschrieb, nicht bestätigt hätten, wohl aber, weil sie in der Betheiligung der Drüsen an dem lupösen Processe etwas Secundäres erblicken und den wesentlichen Vorgang in das Cutisgewebe selbst verlegen mussten.

Trotz der Uebereinstimmung in diesem Punkte gehen doch die Meinungen über den Bau des lupösen Gewebes auseinander, und dies um so mehr, je differentere Stadien des Lupus den Untersuchern vorlagen.

---

[1]) Auspitz. Die Zelleninfiltrationen der Lederhaut. Med. Jahrbücher, Wien 1864.

[2]) Rindfleisch. Patholog. Gewebelehre 1875, p. 282.

[3]) Berger. De Lupo. Dissertatio inauguralis, Gryphiae 1849.

So sieht Auspitz[1]) das Wesen des lupösen Processes in einer die Lederhaut gleichmässig durchsetzenden Zelleninfiltration. Kaposi[2]) hingegen findet, dass der Lupus immer in Form von Zellennestern, welche unter der Gefässschicht der Cutis gelagert sind, beginne. Die Bindegewebsbündel umgrenzen schleuder- oder bogenförmig diese Zellennester. Erst durch Fortschreiten des Processes längs der Gefässe komme die diffuse Zelleninfiltration zu Stande.

In der gleichen Weise spricht Neumann[3]) von einem inselförmigen Auftreten des Lupus: die Bindegewebsbündel werden auseinander gedrängt, breiter und gehen in Folge der lupösen Wucherungen ganz unter.

Thoma[4]) betont schon mehr die Beziehung der Gefässe zur Entwicklung des Lupus. Dieselbe documentire sich vor Allem durch das Gebundensein an die Ausbreitung der Blutgefässe. Längs der Gefässe und in unmittelbarer Nähe derselben, in den sogenannten perivasculären Räumen, fänden sich ausgedehnte Züge lymphoider Zellen, welche durch Confluenz an einzelnen Stellen zur Bildung kleinerer oder grösserer Geschwulstknoten führen. — In gleichem Sinne erwähnt Essig, dass die Rundzellen bei Lupus die Gefässe mantelartig umscheiden.

Bei diesen Differenzen treffen jedoch die Meinungen in einem Punkte wieder zusammen, nämlich in der Ansicht, dass der Lupus durch das Auftreten kleiner, runder, grosskerniger Zellen eingeleitet werde. Während jedoch Auspitz in seiner im Jahre 1864 erschienenen Arbeit sich der Lehre Virchow's von der Theilung der Bindegewebskörperchen anschliesst und die Lupuszellen als Abkömmlinge der fixen Gewebezellen betrachtet, stehen die späteren Forscher bereits auf dem Boden der Emigrationstheorie.

Der Umschwung der Anschauungen über den Entzündungsprocess, welcher sich gegen Ende der sechziger Jahre vollzog, übte auch auf die uns beschäftigende Frage seinen Einfluss, indem die

---

[1]) l. c.

[2]) Kaposi, in Virchow's Handbuch der spec. Pathol. und Therapie, III. Bd., II. Theil, 1876.

[3]) Neumann. Lehrb. d. Hautkrankh. 1876.

[4]) Thoma. Anatomische Untersuchungen über Lupus. Virchow's Archiv 65. Bd.

Aufmerksamkeit der Forscher von den fixen Gewebezellen abgelenkt wurde. Die fixen Gewebezellen sollten sich ja zufolge der Angaben Cohnheim's [1]) gar nicht activ an dem entzündlichen Processe betheiligen, sie sollten eine passive Rolle spielen oder zu Grunde gehen. Die im Entzündungsherde angetroffenen zelligen Gebilde sollten sammt und sonders Auswanderer aus den Blutgefässen sein.

Sofort sprach auch die Mehrzahl der Untersucher des Lupus die zelligen Gebilde für ausgewanderte, weisse Blutkörperchen an und nur wenige äusserten sich vorsichtiger, aber auch um so unbestimmter, indem sie einfach von Wucherungsvorgängen Erwähnung thaten, in deren Definition jedoch nicht näher eingegangen wurde.

Eine von den gewöhnlichen Anschauungen abweichende Darstellung gab Lang [2]). Nach ihm sind es weder die fixen Bindegewebszellen, noch Auswanderer aus den Blutgefässen, welche zur Infiltration des Gewebes führen, es geben vielmehr Auswachsungen des protoplasmatischen Rohres der Capillaren, sowie auch der Adventitialelemente der kleinen Gefässe, nicht nur des Blut-, sondern auch des Lymphgefässsystems, den vornehmlichsten Ausgangspunkt für Lupus ab. Nach einigem Bestehen vereinigen sich die vielfach auswachsenden Fortsätze zu einem anfänglich grossmaschigen Netze. Durch Auswachsen neuer büschelförmiger Erhebungen, welche ihrerseits wieder kernhaltig werden, gestalte sich das Netz zu einem immer feineren und schliesslich werden die Maschenräume immer dichter angefüllt. Lang nennt diese in das Cutisgewebe hineinwachsenden Netze Lupuszellennetze, Lupuszellengeflechte.

Es ist unzweifelhaft, dass Lang ähnliche Bilder gesehen hat, wie sie meiner Darstellung zu Grunde liegen, doch gibt er denselben eine Deutung, welche von derjenigen, die ich vertreten werde, wesentlich abweicht.

Uebergehend zu meinen eigenen Studien, erwähne ich vorerst, dass mir jene Formen des Lupus vorlagen, welche als Lupus

---

[1]) Cohnheim. Ueber Entzündung und Eiterung. Virchow's Archiv 40. Band.

[2]) Lang. Zur Histologie des Lupus. Med. Jahrb. 1875.

maculosus, tuberosus und tumidus bezeichnet werden, dass ich nur Randpartien der Untersuchung unterzog, demnach jüngste Stadien vor mir hatte. Des Vortheiles der Dermatologen, aus den Krankheitsherden vom Lebenden einzelne Stücke ausschneiden zu können, bediente ich mich, um die Färbung mit Goldchlorid in Anwendung zu ziehen.

Meine Untersuchungen haben mir nun unzweifelhaft ergeben, dass die Bindegewebszellen der Cutis sich sehr wesentlich an dem lupösen Processe betheiligen. Bevor ich jedoch die Veränderungen, welche an diesen bemerkbar werden, näher bespreche, sei es mir gestattet, in Kürze auf den Bau der normalen Cutis einzugehen. Sehen wir von den drüsigen Einlagerungen ab, so stellt die Cutis ein dichtes Geflecht dar, welches von den Bindegewebsbündeln gebildet wird; die Bindegewebsbündel weben sich wie die Theile einer Strohmatte vielfach durcheinander; in den von ihnen gebildeten rhombischen Maschen liegen die sogenannten Bindegewebskörperchen, die Bindegewebszellen. Von diesen Bindegewebszellen hat nun Ravogli[1]) neuerdings gezeigt, dass sie auf dem Längsschnitte spindelförmig erscheinen, dass ihre Längsaxe parallel zur Längsaxe der Bindegewebsbündel gelagert ist und dass sie den Bindegewebsbündeln aufliegen. Auf dem Querschnitte stellen sie nach Ravogli jedoch verzweigte, mit Ausläufern versehene Zellen dar. Die stärkeren Zellausläufer beschreiben gleich nach ihrem Ursprunge aus dem Zellkörper einen leicht gekrümmten Bogen, umfassen die Bindegewebsbündel und schicken in das Innere derselben secundäre Fortsätze hinein, welche sich daselbst wieder ramificiren. So erscheinen die Bindegewebsbündel durchsetzt von einem Netze protoplasmatischer Fäden, welche mit den Zellen im Zusammenhange stehen.

Diese Darstellung gilt jedoch vollinhaltlich nur von der Cutis junger Individuen; mit dem zunehmenden Alter bemerkt man, dass das Geflecht der Bindegewebsbündel durchsetzt ist von einem Netze elastischer Fäden, welches dieselbe Anordnung, dieselben Beziehungen zu den Bindegewebsbündeln aufweist wie das frühere Zellnetz, nur wird das Netz im Innern der Bindegewebsbündel spärlicher.

---

[1]) Ravogli. Untersuchungen über den Bau, die Entwickelung und Vereiterung der Cutis. Med. Jahrb. Wien 1879.

Nun hat Ravogli in der That gezeigt, dass sich die Zellen der Cutis mit dem zunehmenden Alter zu elastischem Gewebe umwandeln, wie dies schon früher von Spina [1]) für die Sehnenzellen erwiesen wurde.

Betrachten wir uns nun die Präparate, welche ich von Lupus erhalten habe, so sehen wir an Stellen, welche den frühesten Stadien entsprechen (Fig. 1 bei *a*), im Ganzen dieselbe Anordnung der Elemente, die Bindegewebszellen und deren Ausläufer jedoch protoplasmareich. Wir finden kein elastisches Netz, wohl aber ein Netz (durch Goldchlorid) violett gefärbter Fäden, welches mit den Zellen im Zusammenhange steht (Fig. 3 bei *f*). Dieses Netz umfasst Inseln ungefärbter Grundsubstanz, welche die Querschnitte der Fibrillenbündel darstellen. An anderen Stellen (Fig. 1 und 2 bei *c*) nehmen wir ein Netzwerk wahr, welches aus breiten Balken gebildet wird; die Inseln von Grundsubstanz erscheinen kleiner. An weiteren Präparaten (Fig. 2 bei *a*) treffen wir mitten in dem Netze grosse Protoplasmamassen, in denen zahlreiche Kerne auftauchen, und endlich stossen wir auf Bilder, in denen wohl ein Netzwerk (Fig. 6) vorhanden ist, ein Netzwerk jedoch, welches sich aus kleinen runden Zellen aufbaut.

Fragen wir uns, welche Bedeutung haben diese Bilder, so lautet die Antwort mit Leichtigkeit dahin: Wir haben bei Lupus dieselben anatomischen Vorgänge vor uns, wie sie von Stricker [2]) bei der Entzündung der Cornea erkannt wurden, wie sie von Spina [3]) bei der Entzündung der Sehnen und wie sie von Ravogli [4]) bei der Entzündung der Cutis von Kaninchen erwiesen wurden.

Um das Verständniss dieser Vorgänge in der Cutis zu erleichtern, werden wir uns am besten die Vorgänge in der entzündeten, viel einfacher gebauten Cornea vor Augen halten.

Die Cornea stellt bekanntlich ein Gewebe dar, welches aus

---

[1]) Spina. Untersuchungen über den Bau der Sehnen. Med. Jahrb. Wien 1873.

[2]) Stricker. Studien aus dem Instit. f. exp. Pathol. in Wien 1869.

[3]) Spina. Untersuchungen über die Veränderungen der Zellen in entzündeten Sehnen. Med. Jahrb. Wien 1877.

[4]) l. c.

einer in vivo homogen erscheinenden Grundsubstanz und einer Summe von Zellen zusammengesetzt ist. Diese Zellen sind vielfach mit Ausläufern versehen, welche untereinander in Verbindung treten, und so besteht durch die ganze Dicke der Cornea ein Netz, in dessen Maschen die Grundsubstanz liegt. Von diesem Netze hat nun Stricker gezeigt, dass es im Gefolge des Entzündungsreizes anschwillt, dass es auf Kosten der Grundsubstanz anschwillt, dass sich die Grenzen zwischen Zellnetz und Grundsubstanz verschieben. Mit der Anschwellung des Zellnetzes geht jedoch eine weitere Veränderung einher, es kommt zur Zertheilung desselben und die Theilprodukte sind Zellen, sind die im Entzündungsherde angetroffenen Eiterkörperchen. Hat der Process seinen Höhepunkt erreicht, sind alle Inseln von Grundsubstanz in der Anschwellung des Zellnetzes untergegangen, so erfolgt der Zerfall des Gewebes, der Abscess ist gebildet.

Uebertragen wir nun diese Erkenntniss auf die von Lupus gewonnenen Bilder, so sehen wir an jüngsten Stadien (Fig. 1 u. 3, bei *a*, *b*) die Zellen und deren Ausläufer bereits mächtig geschwellt. Das Netz elastischen Gewebes fehlt, es wurde seines Charakters, des starken Glanzes, der Widerstandsfähigkeit gegen Färbemittel beraubt und hat sich, wie dies schon von Spina[1]) bei der Entzündung der Sehnen erwiesen wurde, wieder zu jenem Zellnetze umgewandelt, aus welchem es hervorgegangen ist.

Fassen wir weiter vorgeschrittene Stadien (Fig. 1, 2 und 5, bei *c*) in das Auge, so sehen wir das Zellnetz zu einem mächtigen Balkenwerke geschwellt und die Inseln fibrillärer Grundsubstanz eingeschränkt.

Die Anschwellung des Zellnetzes erfolgt nicht gleichmässig; es kommt vielmehr zu knotenförmigen Auftreibungen der Ausläufer und so trifft man einmal mächtige Protoplasmamassen inmitten des Netzwerkes an (Fig. 2 bei *a*), das andere Mal sieht man an Stellen, wo im normalen Zustande kaum ein feinstes Netz von Fasern wahrnehmbar war, verzweigte Zellen auftauchen, Zellen, welche jedoch durch ihre Continuität mit dem übrigen Zellnetze ihre Herkunft deutlich verrathen.

Dies ist besonders schön an Querschnitten von Bindegewebs-

[1]) l. c.

bündeln ersichtlich; mitten im Bindegewebsbündel (Fig. 4) werden verzweigte Zellen bemerkbar.

Hat die Anschwellung des Zellnetzes einen gewissen Grad erreicht, so erfolgt die Zertheilung desselben; wir treffen anstatt des continuirlichen Netzes ein solches, welches sich aus kleinen runden Zellen zusammensetzt, ein Netz jedoch, welches ganz dieselbe äussere Anordnung aufweist, wie das früher geschwellte Zellnetz (Fig. 6).

Je nachdem nun grössere oder kleinere Inseln von Grundsubstanz erhalten bleiben, resultirt entweder ein Infiltrat, in welchem die ursprüngliche Anordnung des Zellnetzes noch kenntlich ist (Fig. 6 bei *d*), oder es ist durch vollständigen Schwund der Grundsubstanz zur Bildung von Knoten gekommen, in denen eine bestimmte Anordnung der Elemente nicht mehr wahrnehmbar ist (Fig. 6 bei *e*). Dann ist jenes Gewebe gebildet, welches als Granulationsgewebe im Sinne Virchow's bezeichnet wird und welches bisher als auch dem Lupus zukommend beschrieben wurde, und in welchem meist schon retrograde Metamorphosen, wie sie sich in dem Undeutlichwerden der Zellengrenzen, in mangelhafter Färbung u. s. w. kundgeben.

Wir sehen demnach, dass bei Lupus dieselben anatomischen Vorgänge statt haben, wie sie bei der Entzündung der Cornea und der Sehnen erfolgen, wenngleich es zur Vereiterung des Infiltrates, wie bei diesen, nicht kommt, sondern nach längerem oder kürzerem Bestande retrograde Metamorphosen desselben eintreten, denen entweder Resorption oder Zerfall auf dem Fusse folgt.

Mit der Anschwellung des Zellnetzes in der Cutis sind jedoch weitere Erscheinungen verknüpft, welche, wie ich glaube, geeignet sind, unsere Vorstellungen von der Entwicklung des Lupus zu erweitern. — Bei der Mehrzahl meiner Präparate fiel nämlich eine Summe von Strängen auf, welche sämmtlich gegen die Oberfläche der Cutis gerichtet, aus oblongen kernhaltigen Zellen zusammengesetzt waren und in ihrem Inneren ein deutliches Lumen aufwiesen.

Die Bedeutung dieser Stränge wurde durch Präparate klar, in denen eine augenscheinliche Continuität derselben mit Blutkörperchen enthaltenden Blutgefässen bestand. Diese Continuität lässt wohl keinen Zweifel aufkommen, dass diese Stränge die Be-

deutung von Blutgefässen haben; dass sie wenigstens ihrer Mehrzahl nach neugebildet waren, dies beweist ihre grosse Zahl. Dass bei Lupus eine beträchtliche Neubildung von Blutgefässen stattfinde, wird von mehreren Autoren erwähnt. Volkmann[1]) betont, dass die massenhafte Neubildung von Blutgefässen der lupös erkrankten Partie förmlich teleangiectatischen Charakter aufdrücken könne. Dass den Blutgefässen überhaupt eine wichtige Rolle zukomme, darin stimmen alle Autoren überein, nicht weil sie, wie die meisten, auf dem Boden der Emigrationstheorie stehend, den Ausgangspunkt der Infiltration des Gewebes eo ipso in den Blutgefässen suchen, wohl aber, weil bestimmte anatomische Beziehungen zwischen denselben und den Veränderungen im Gewebe bestehen.

Welcher Natur sind nun diese Beziehungen? Meine Präparate haben mich darüber das Folgende gelehrt:

Während man bei einzelnen derselben die Gefässstränge in einem noch wenig veränderten Gewebe antrifft (Fig. 5), bilden dieselben bei anderen das Centrum eines schon wesentlich erkrankten Gebietes (Fig. 6). Die Veränderungen mögen noch geringe sein, oder sie mögen schon einen hohen Grad erreicht haben, mit grosser Constanz trifft man diese Stränge an; sie sind in jeder Entwickelungsphase des Lupus da. — Gleichzeitig gibt sich auf dem Längsschnitte eine zelt- oder coulissenförmige Anordnung des geschwellten Zellnetzes kund, welches gewissermassen in dem Gefässstrange seinen Stützpunkt findet.

Wenn nun diese Gefässstränge in noch wenig verändertem Gewebe anzutreffen sind, wenn sie späterhin das Centrum eines schon wesentlich erkrankten Gebietes bilden, und wenn constante anatomische Beziehungen zwischen ihnen und den Veränderungen des Gewebes bestehen, so fragt es sich, ob diese evidenten anatomischen Beziehungen nicht der Ausdruck eines causalen Nexus sind, ob mit einem Worte bei Lupus nicht die Gefässneubildung das Primäre sei, und ob nicht die Veränderung des Gewebes, die Anschwellung des Zellnetzes durch einen Impuls erfolge, der von diesen Gefässen ausgehe. Meine Präparate haben mir diese Annahme sehr nahe gelegt.

---

[1]) Volkmann: Ueber Lupus und seine Behandlung. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 13.

Fasse ich nun das Gesagte zusammen, so möchte ich das Folgende betonen: Bei Lupus findet eine beträchtliche Neubildung von Blutgefässen statt; von diesen neugebildeten Gefässen, wie sicherlich auch von den präformirten, scheint ein Impuls auszugehen, demzufolge die Anschwellung des Bindegewebszellennetzes mit nachträglicher Zertheilung eintritt.

Die Anschwellung des Zellnetzes erfolgt innerhalb ziemlich scharfer Begrenzung um ein Gefäss, so dass, wenn der Process seinen Höhepunkt erreicht hat, mehr oder weniger scharf begrenzte Knoten resultiren, in denen eine bestimmte Anordnung der Elemente nicht mehr kenntlich ist. Durch Aneinanderlagerung mehrerer solcher Knoten entstehen dann die charakteristischen, makroskopischen Lupusknötchen.

Dass dem Vorhandensein des Granulationsgewebes die Anschwellung des Zellnetzes vorangehe, dies glaube ich ist durch meine Präparate offenbar; ob alle bei Lupus angetroffenen zelligen Gebilde Abkömmlinge von den fixen Gewebszellen sind, will ich nicht entscheiden. Immerhin könnten sich Auswanderer aus den Blutgefässen den Theilprodukten des Zellnetzes beigemengt haben.

Diese Frage ist jedoch eine nebensächliche. Der wesentliche Vorgang muss in dem Verhalten der Bindegewebszellen und in deren Beziehungen zur Grundsubstanz erkannt werden, denn durch ihn allein lässt sich der Zerfall des Gewebes erklären.



Erklärung der Abbildungen.

Tafel I.

Fig. 1. Geschwelltes Zellnetz, *a* und *b* jüngste Stadien; *c* vorgeschrittenes Stadium, das Zellnetz zu einem mächtigen Balkenwerke verdickt, die Grundsubstanz eingeschränkt. (Hartnack Oc. 2. Obj. 8.)

Fig. 2. Balkenwerk; bei *a* grosse Protoplasmamassen mit zahlreichen Kernen; bei *c* mächtig geschwelltes Netz. (Seiberth Oc. 2. Immers. VIII.)

Fig. 3. Geschwelltes Zellnetz; bei *a* und *b* Zellen und Ausläufer protoplasmareicher, übergehend in ein feines Netzwerk f. (Hartnack Oc. 2. Obj. Immers. 10.)

Fig. 4. Querschnitt eines Bindegewebsbündels; in demselben neugebildete Zellen. (Hartnack Oc. 2. Obj. Immers. 15.)

Fig. 5. Gefässstrang; in dessen Umgebung das Zellnetz im geringeren oder höheren Grade (bei *c*) geschwellt. (Hartnack Oc. 2. Obj. 8.)

Fig 6. Gefässstrang; in dessen Peripherie eine Zertheilung des Zellnetzes stattgefunden hat; bei *d* die ursprüngliche Anordnung desselben noch kenntlich, während dieselbe bei *c* undeutlich wird.

Ueber die Impetigo contagiosa (Fox) nebst Bemerkungen über pustulöse und bullöse Hautaffectionen.

Von

Dr. P. G. Unna
in Hamburg.

Die von T. Fox im Jahre 1869 unter dem Namen „Impetigo contagiosa“ zuerst beschriebene Hautaffection ist durch mehrfache Referate der einschlägigen Arbeiten den Lesern dieser Zeitschrift dem ganzen Krankheitscharakter nach genugsam bekannt. Dennoch, glaube ich, ist es nicht ohne Interesse und Werth, auf dieselbe etwas ausführlicher zurückzukommen, da abgesehen vom klinischen Bilde alle Hauptpunkte von einer definitiven Erledigung noch weit entfernt sind; hierunter verstehe ich die Fragen, welche über die Aetiologie der Affection und ihre Stellung im Systeme bereits nach verschiedenen Richtungen ventilirt, in Bezug auf die Anatomie derselben noch grösstentheils aufgeworfen werden können. Kurz gesagt, sind es die folgenden Fragen, welche bei der „Impetigo contagiosa“ sowohl noch einer Einigung unter den Autoren als einer Anerkennung aller Fachgenossen harren:

1. Ist die Impetigo contagiosa (Fox) eine Krankheit sui generis, insbesondere ist sie von den ihr ähnlichen Krankheiten: Eczema impetiginosum, Herpes tonsurans, Pemphigus vulgaris in sicherer und ausreichender Weise zu unterscheiden?

2. Ist die Impetigo contagiosa wirklich contagiös?

3. Ist sie durch Pilze verursacht?

4. Ist die Impetigo contagiosa wirklich eine Impetigo? — oder eingehender ausgedrückt: sind wir mit dem Wunsche einer möglichst unzweideutigen und bei neuen Krankheiten den nackten Thatbestand nach Kräften ausdrückenden Namengebung überhaupt

berechtigt, den Namen Impetigo einer besonderen Krankheit zu verleihen, selbst wenn diese sich durch eitrige Bläschen und Blasen charakterisirt?

Von diesen Fragen glaube ich die beiden ersten in bejahendem Sinne mit Fug und Recht beantworten zu dürfen. In Bezug auf die dritte Frage habe ich nichts Neues vorzubringen. Die vierte werde ich dagegen einer eingehenden Erörterung unterziehen.

Seit meiner Niederlassung als Arzt in Hamburg habe ich bereits mehrfach Gelegenheit gehabt, bei jüngeren Individuen aus den unteren Ständen blasige und pustulöse Ausschläge zu beobachten, welche sich wegen mancher Eigenthümlichkeiten im Ansehen und Auftreten nur mit einiger Gewalt dem weiten Rahmen der eczematösen Processe einfügen liessen. Aber es fehlte gewöhnlich wegen des vereinzelten Auftretens der Beweis der Contagiosität und somit die Möglichkeit, an eine Identität mit dem bekannten Bilde der Impetigo contagiosa zu glauben. Erst das gruppenweise Auftreten eines solchen Ausschlags in der Familie G. mit 8 Kindern machte mir die Annahme einer stattgefundenen Ansteckung fast unabweisbar. Das Postulat des niederen Standes war hier weniger durch die bürgerliche Stellung der Familie als durch eine gewisse Sorglosigkeit in der Handhabung von Kamm, Bürste und Seife ebenfalls erfüllt. Hier litt ein dreijähriges Kind ganz allein fast ein halbes Jahr lang an der öfter verschwindenden, aber unter der etwas nachlässigen Wartung immer wiederkehrenden Impetigo des Kopfes, bis plötzlich zwei von den älteren Geschwistern an Kopf und Händen zu gleicher Zeit von demselben Ausschlage befallen wurden, der dann unter energischer Behandlung bei allen 3 Kindern rasch und definitiv abheilte. Nachträglich muss ich diese Fälle nach ihrem ganzen Habitus unbedingt zu den von mir beobachteten Fällen von Impetigo contagiosa rechnen, aber die Ueberzeugung hiervon gewann ich erst durch eine kleine Epidemie, welche ich gegen Ende des Jahres 1879 zu beobachten Gelegenheit hatte, und welche ich deshalb in den Hauptzügen kurz mittheilen will.

Den Ausgangspunkt dieser Epidemie bildete die aus 7 Köpfen bestehende, in sehr ärmlichen Verhältnissen lebende Familie T. Die Affection begann Ende September bei Hugo T., $2^1/_2$ Jahre alt, auf dem Hinterkopfe und den Streckseiten mehrerer Finger-

endphalangen, ergriff dann Theodor T., 5 Jahre alt, und zwar am Gesichte und behaarten Kopfe. Derselbe spielte Tags über mit dem jüngeren Bruder, schlief jedoch nicht mit demselben, dagegen mit der älteren Schwester, Hermine T. zusammen, welche zunächst das Exanthem auf mehreren letzten Fingerphalangen, später auch und zwar complicirt durch ein schon vorher vorhandenes Eczema e pediculis auf dem behaarten Kopfe bekam. Zugleich befiel jetzt der Ausschlag Frau T. selbst im Gesichte und am Kopfe. Dann folgten Karl T. (7 Jahre) und Richard T. (9 Jahre). Karl hatte Blasen am Kopfe und der Streckseite der Hände, Richard am Kopfe, den Händen und den (bloss getragenen) Knieen. Diese letzteren Kinder schliefen für sich zusammen. Der Vater T. ist vom Ausschlage verschont geblieben. Der 7 Jahre alte Karl T. bildete nun den Ausgangspunkt für die weitere Verbreitung des Uebels in der Volksschule, welche er besuchte und welche den für die Contagiosität streng beweisenden Theil dieser Epidemie bildet. Zuerst acquirirte Heinrich G., 13 Jahre alt, dasselbe Exanthem, ein Specialfreund von Karl T., mit welchem derselbe öfter arbeitete und spielte — und zwar an den Händen und der Nase. Die bisher genannten Individuen untersuchte ich am 31. October zuerst. Am 7. November wurde mir der 11jährige Ernst H. vom Vorstande der Volksschule zugeschickt, welcher neben Karl T. auf der Schulbank sass und genau dieselbe Affection besonders am linken Handrücken, linken Nasenflügel und der Haut der Unterlippe darbot. Bei ihm fanden sich zu gleicher Zeit auf der Schleimhaut der Unterlippe drei kleine, wenig juckende Bläschen. Nach Entfernung der vier letztgenannten Knaben aus der betreffenden Volksschule sollen noch mehrere Fälle daselbst vorgekommen sein, aber nur einen derselben konnte ich näher untersuchen und dieser Knabe Adolf V., 8 Jahre alt, aus einer Classe mit Karl T. trug in der That dasselbe Exanthem auf dem untersten Theile des Vorderarmes an der Streckseite nahe dem Handgelenk. Es sei mir erlaubt, nach Schilderung des gewöhnlichen Befundes auf diesen Fall noch ein wenig näher einzugehen, da er eine nicht uninteressante Verschiedenheit im äusseren Ansehen aufwies, welche ich bis dahin nicht beobachtet hatte.

Während die Affection bei Frau T., der ältesten Tochter und den kleinsten Kindern, sei es spontan, sei es in Folge der ange-

wandten Mittel leicht und rasch abheilte, boten mir die fünf schulbesuchenden Knaben durch wiederholte Recidive hinlängliche Gelegenheit, die Eigenart dieser Impetigo kennen zu lernen. Die Gleichartigkeit der Efflorescenzen bei allen Patienten lässt glücklicherweise eine Zusammenfassung in ein Krankheitsbild zu; zweckmässigerweise nehme ich nur diejenigen des behaarten Kopfes aus. Vor Allem fällt die bestimmte Localisation des Ausschlags auf, der sich durchaus an die Gegenden zarterer Oberhaut und dünnerer Hornschicht bindet, vorzugsweise mithin das Gesicht und den Rücken der Hand, zugleich aber nur solche Stellen befällt, welche wenigstens zeitweise offen getragen werden. In zweiter Linie stehen hiernach: der behaarte Kopf und die nächste Umgebung des Fuss-, Hand- und Kniegelenks. Am bedeckt getragenen Theile des Halses, am Rumpfe und den mittleren Abschnitten der Extremitäten dagegen fand ich niemals Efflorescenzen. Sie erschienen meist einzeln und in grösseren Abständen, aber durch häufige Nachschübe entstanden Gruppen, die besonders am Handrücken bei allen Betheiligten ein äusserst charakteristisches Gepräge trugen. Der ganze Raum zwischen den Knöcheln der ersten Phalangen und dem Handgelenke wurde in ziemlich gleichen Abständen von 6—9—12 circa bohnengrossen, längsovalen, mit dem langen Durchmesser meist quer zur Längsrichtung des Armes gestellten Blasen eingenommen, die in sehr verschiedenen Stadien der Entwickelung sich befanden. Der Handrücken sah daher ungefähr aus, wie wenn er mit grossen animalen Lymphpusteln absichtlich auf das regelmässigste bedeckt wäre. Im Gesichte waren die Blasen meist rund, von 20- bis 50-Pfennigstückgrösse, öfter confluirend, so dass grössere afficirte Flächen entstanden, welche von Kreissegmenten umrahmt waren. Die Bläschen auf der Mundschleimhaut waren kleiner als die auf der äusseren Haut.

Das erste Stadium, das ich nur selten zu sehen Gelegenheit hatte, bestand in einem grauen oder röthlichgrauen, leicht abschilfernden, nicht erhabenen Flecke, auf den der Kranke durch mässiges Jucken aufmerksam wurde. Sehr rasch, im Verlaufe einiger Stunden, entstand nun eine ungemein zarte, flache Blase von Kirschkern- bis Bohnengrösse, die nach kurzem Bestande gewöhnlich platzte oder zerstört wurde und sich andernfalls mit sehr wenig Serum gefüllt erwies. Der von abschilfernder Hornschicht

gefranst umrahmte Boden derselben war nur selten noch mit einem schmierigen, weisslichen Belage bedeckt, meist rein und bläulichroth glänzend; demnach nicht nur noch mit der unversehrten Stachelschicht, sondern noch mit den untersten verhornten Epithellagen bekleidet. Dennoch sickerten stets eine Zeit lang mässige Mengen von Serum nach, welche über der glatten Exfoliation der Hornschicht zu bräunlichgelben, dicken Borken eintrockneten. Die so entstandenen Stellen, welche sich, in Ruhe gelassen, nur wenig mehr peripherisch vergrösserten, glichen einem umschriebenen, acuten Eczem, oberflächlichen Brandwunden, besonders aber geplatzten Pemphigusblasen allerdings weit mehr als vereiterten Impetigoeruptionen, wenn man diesen Namen nun einmal für den ebensoviel und ebensowenig besagenden Ausdruck: Pusteln gebrauchen will. An Pemphigus insbesondere erinnerte auch das schubweise Aufschiessen neuer Blasen zwischen den alten. Dagegen war ja die Localisation im Gegensatze zu Pemphigus eine ganz eigenthümliche und die Contagiosität zweifellos sichergestellt. Das weitere Schicksal der regelmässig rasch vergänglichen Blasen war auch etwas von Pemphigusblasen verschieden. Während nämlich die Kruste allmälig durch nachrückende Hornschicht von unten her abgehoben und losgelöst wurde, erhob sich der Papillarkörper unterhalb der Blase, sie ein wenig an Umfang überragend, zu einer sehr flachen, mässig congestionirten Papel. War nun an Stelle der Kruste im Laufe von 3—8 Tagen wieder neue, glatte Hornschicht getreten, so dauerte die entzündliche Schwellung des Papillarkörpers und der Stachelschicht noch einige Zeit fort, so dass die abheilenden Efflorescenzen quaddelartig flache, livid bläulichrothe Papeln darstellten. Endlich verschwanden auch diese und keine Spur einer Narbe, nur eine geringe Röthung bezeichnet den Ort der Affection.

Eine kleine Modification des typischen, eben beschriebenen Verlaufes der einzelnen Efflorescenzen boten diejenigen des behaarten Kopfes, aber nur durch das Verkleben der Haare mit der aussickernden Flüssigkeit zu einer grünlichen, von Haaren durchbohrten Borke, welche naturgemäss einen etwas längeren Bestand hatte als die Borken an unbehaarter Haut, aber auch schliesslich ohne Hinterlassung einer Narbe abfiel. Im Gegensatze zum Herpes

tonsurans waren innerhalb der erkrankten Stellen die Haare völlig gesund, nicht einmal die Wurzelscheiden gelockert.

Einer anderen Verschiedenheit im äusseren Ansehen der Efflorescenzen muss ich noch gedenken, die ich zuerst bei dem oben erwähnten Adolf V. zu sehen bekam. Die Blasen, mit welchen derselbe mir zugeführt wurde, hatten ihre Decke verloren und sollten nach Aussage der Angehörigen bei dem übrigens reinlich gehaltenen Kranken bereits seit mehreren (?) Wochen bestanden haben. Hier war der röthlich glänzende, schlüpfrige Grund fast vollständig von einer dicken, weissen, schmierigen Masse bedeckt, in welcher die nähere Untersuchung macerirte Hornlamellen nachwies, die also aus der mittleren, lockeren Hornschicht bestand. Ich legte dem Knaben selbst sogleich einen festen Deckverband an, der den Handrücken und das untere Drittel des Vorderarmes bedeckte und aus einer milden Salbe aus weissem Bolus und Olivenöl, Watte und appretirter Gazebinde bestand. Täglich erneuerte ich diesen Verband einmal und fand am achten Tage beim Abnehmen desselben eine neue eben entstehende Blase neben dem Carpometacarpalgelenk des dritten Fingers. Auf dem Grunde dieser Blase war wieder eine aber viel feinere weissliche Hornschicht gelagert. Inzwischen waren die alten Efflorescenzen abgeheilt. Ich erwähne dieses an und für sich nicht eben wichtigen Befundes deshalb eingehender, weil diese schmierige weisse Masse leicht für eine besondere (diphtheritische) Membran gehalten werden könnte und eine wohl sicher analoge Bildung bei der sogenannten Impetigo herpetiformis von Hebra gesehen, aber wie es scheint anders gedeutet worden ist.

Charakteristische Pilzformen habe ich weder an den Haaren, noch innerhalb der Blasendecke und der Hornschicht aus der nächsten Umgebung der Blase finden können. Ich war also nicht so glücklich wie Kaposi, lege aber diesem negativen Ergebnisse keinen grösseren Werth bei, als negativen Ergebnissen überhaupt.

Die Prognose des Uebels kann ich nicht für so günstig und daher die Behandlung für so einfach halten wie die meisten Autoren. Die einzelnen Efflorescenzen freilich heilen unter jeder zweckmässigen, das heisst schonenden, nicht reizenden Behandlung ohne Weiteres ab. Vor Recidiven bleibt man aber, wie mir

scheint, bei keiner Behandlung sicher verschont und ein Ausbleiben derselben hat man deshalb nicht der Behandlung und wohl nur einer Versetzung in günstigere hygienische Bedingungen zuzuschreiben. Ich wenigstens habe die gewöhnlichen antiparasitären Mittel (täglich Seifenbäder, Waschungen mit grüner Seife, Einreibungen mit Salben aus Goapulver, Theer etc., mit Theerglycerinseife verbunden mit tagelangem Liegen zwischen wollenen Decken) der Armenpraxis ausser der Desinfection und dem Wechsel der Kleider nur mit dem Erfolge angewandt, dass die Kranken 8 bis 14 Tage von neuen Efflorescenzen verschont blieben. Dann stellten sich dieselben von Neuem ein. Wo daher die ärmlichen und unsauberen Verhältnisse keine Verbesserung zulassen, ist eine definitive Heilung schwer zu erreichen.

Nach der gegebenen Beschreibung würde wohl Niemand anstehen, die Affection einen Pemphigus zu nennen, wenn wir die sichere Kenntniss eines contagiösen Pemphigus der Erwachsenen besässen, freilich auch dann noch eines Pemphigus mit bemerkenswerthen Eigenthümlichkeiten. Ein Jeder übrigens, der die weitschichtige Pemphigusliteratur kennt, wird mir in der Behauptung Recht geben, dass eine exacte Vergleichung der in der Literatur als Pemphigusepidemien beschriebenen Affectionen vorderhand nicht möglich ist. Es ist daher nicht vollständig von der Hand zu weisen, dass der meinigen ähnliche Epidemieen bereits von Anderen unter der Bezeichnung eines Pemphigus beobachtet und beschrieben sind. Trotzdem muss ich mit Hintansetzung des anatomischen Charakters der Affection dieselbe klinisch unbedingt als eine Impetigo contagiosa bezeichnen, da ihre Symptome sich mit denen der von Fox zuerst, später von Taylor, besonders präcise aber von Kaposi[1]) und Geber[2]) beschriebenen Krankheit vollständig decken. Die von Kaposi hervorgehobenen Charakteristica fanden sich bei meinen Fällen alle wieder: das Hervorgehen aus zerstreuten, sich hin und wieder durch Unterwühlen der Hornschicht vergrössernden Blasen, die besondere Dünnheit und Hinfälligkeit der Blasendecke, die rasche Borkenbildung und die vollständige Ueberhäutung beim Abfall der Borken, der Mangel

[1]) Wiener med. Presse 1871, 23—24.
[2]) Wiener med. Presse 1876, 23—24.

von Infiltration der Cutis, von Jucken und Kratzeffecten, das Vorkommen hauptsächlich bei jugendlichen Individuen der ärmeren Volksclassen, wie es schon Fox angegeben hatte.

Gegen diese Coincidenzen sind die nicht zu läugnenden Unterschiede belanglos. Vor allem kann es nicht in Betracht kommen, dass es mir nicht wie Kaposi (auch Geber und Piffard) möglich war, charakteristische Pilzelemente zu entdecken. Fieberbewegungen wie Fox habe ich bei meinen, übrigens nur poliklinisch behandelten Patienten ebenfalls nicht beobachtet. Weiter war in meinen Fällen fast noch prägnanter als das Vorkommen der Impetigo im Gesichte ihre Localisation auf dem Handrücken fast aller Betheiligten. Aber auch Fox hat seine Impetigo auf den Extremitäten beobachtet. Auf diese Localisation muss ich auch die von mir besonders hervorgehobene, nachträgliche papulöse, psoriasisähnliche Erhebung des Blasengrundes schieben, da dieselbe nur am Handrücken gut ausgeprägt war. Gegen Geber möchte ich schliesslich noch erwähnen, dass ich mich seiner Theorie, nach welcher die Impetigo contagiosa eine bullöse Modification des Herpes tonsurans darstellen soll, durchaus nicht anschliessen kann, da in meinen Fällen häufig der behaarte Kopf mitbefallen war, aber das für Herpes tonsurans pathognomonische Symptom, die Tonsur, vollständig fehlte. Dieser Umstand war es gerade, welcher mich in der oben genannten Familie G. zuerst auf die Eigenart der Affection aufmerksam machte, während ich anfangs wie Geber geneigt war, wegen des Beginnes mit schilfernden Flecken an einen modificirten Herpes tonsurans zu glauben. Seitdem bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Impetigo contagiosa hier in Hamburg eine gar nicht so seltene Affection ist, welche nur, wo sie in besseren Ständen sporadisch vorkommt, als ein circumscriptes acutes Eczem, als ein acuter Pemphigus diagnosticirt wird. Der mit Herpes tonsurans ähnliche Beginn, das periphere Weiterschreiten der rasch aufschiessenden oberflächlichen Blasen sprechen übrigens unverkennbar für eine Dermatomykose.

Je entschiedener ich mich nun dahin gedrängt sah, die mir vorliegenden Blaseneruptionen als eine Impetigo contagiosa aufzufassen, um so weniger konnte ich mir verhehlen, dass dieselbe nur recht uneigentlich den Namen Impetigo verdiene. Die Kritik

der mit diesem Namen früher bezeichneten Krankheitsbegriffe verdanken wir bekanntlich Hebra. Man hat sich seitdem gewöhnt, keine selbstständige Affection mehr unter Impetigo zu verstehen. Höchstens findet man den Namen im Gebrauch für die durch eitrige Bläschen charakterisirte Form des Eczema capitis. Im Ganzen und Grossen ist aber der Grundsatz Hebra's durchgedrungen und Impetigo besagt nichts mehr als pustulöse Form, pustulöses Stadium einer beliebigen Hauterkrankung, schlechthin einen Pustelausschlag ohne genauere Definition.

So würde der Name allmälig der Vergessenheit anheimfallen, wenn nicht zwei neue Krankheitsformen mit demselben belegt worden wären, und zwar die eine von Hebra selbst: Impetigo herpetiformis, die andere von Fox: Impetigo contagiosa. Dass Hebra den Namen Impetigo selbst wieder einer Krankheit vindicirte, widerspricht seinem früheren kritischen Vorgehen durchaus nicht, wenn diese nur das Desiderat wirklich erfüllte, ein von vornherein mit eitrigen Bläschen in die Erscheinung tretendes und auch weiterhin durch keine anderen primären Krankheitsprodukte an der allgemeinen Decke charakterisirtes Exanthem darzustellen. Dieser Forderung entspräche mithin seine Impetigo herpetiformis, wenn die Efflorescenzen wirklich ohne nachweisbares Bläschenstadium direct als Pusteln aufschössen, wie solche bekanntlich symptomatisch bei anderweitigen ausgedehnten Eiterungen, besonders bei infectiösen Processen vorkommen und wenn andererseits diese hier idiopathisch aufschiessenden Pusteln ein selbstständiges Krankheitsbild darstellten. Die Sectionen der an dieser Krankheit Verstorbenen haben die Integrität der inneren Organe bewiesen und somit ist die Krankheit als eine eigenthümliche Hautaffection gesichert, dagegen lauten die Angaben über den ersten Punkt verschieden. Während Hebra mit Bestimmtheit das Vorkommen von Bläschen in Abrede stellt, erwähnt Auspitz Bläschen neben Pusteln und Geber spricht von „gelblichweissen, graulichen oder auch mit gelblicher, undurchsichtiger Flüssigkeit gefüllten Bläschen“, unterscheidet also doch auch mehr weissliche, durchscheinende und mehr gelbliche, undurchsichtige Efflorescenzen. Hiernach scheint es mir trotz des Mangels eigener Beobachtungen ebensowohl sicher, dass alle Efflorescenzen zu rascher Eiterfüllung tendirten, als auch, dass die Eiteransammlung in dem fertigen

Bläschen denn doch noch zu beobachten war, mithin von dieser Seite kein zwingender Grund vorlag, die hier vorkommenden Eiterpusteln nicht wie sonst einfach als Akme des entzündlichen epidermoidalen Processes aufzufassen. Es scheint auch, dass Hebra mehr durch den berechtigten Gegensatz gegen v. Bärensprung, Auspitz und Neumann, welche die Affection mit der Herpesgruppe in Verbindung brachten, dazu gelangte, auf die rasche Eiterung einen solchen Werth zu legen, dass er den Namen Impetigo, den er so vielerwärts als nicht stichhaltig erwiesen, hier selbst wieder einführte. Damit die Affection aber kein Herpes sei, brauchte sie noch keine Impetigo zu sein. Der Zusatz herpetiformis ist mir nach Hebra's eigenen Worten freilich noch weniger verständlich: „Das hier zu beschreibende Uebel bildet keine Bläschen und Bläschenkreise, verlauft nicht acut und typisch, und macht keine an bestimmte Orte beschränkte Proruptionen, wie dies die Herpesarten zu thun pflegen, sondern es erscheint in Pusteln, die nur in Bezug auf Anreihung in Gruppen und periphere Nachschübe an die Zeichnungen von Herpes Iris und circinatus erinnern und deshalb besser mit dem Namen einer Impetigo herpetiformis zu belegen sein würden". Also vom eigentlichen Herpes Zoster ist die Affection weit verschieden und nun soll sie, weil sie an Herpes Iris und circinatus erinnert, mit dem Beinamen herpetiformis belegt werden? Nach meiner Ansicht folgt nur, dass sie deshalb verdiente, die Beinamen Iris und circinata zu tragen, also Impetigo Iris oder circinata, wenn es denn durchaus eine idiopathische, selbstständige Impetigo geben soll.

Im Interesse wissenschaftlicher Genauigkeit wäre es aber sehr zu wünschen, den Namen Impetigo vollständig fallen zu lassen. Denn, wenn er auch jetzt nicht gerade mehr Veranlassung zu klinischen Trugschlüssen geben kann, vermag er dieses noch jetzt in anatomischer Beziehung, und zwar dadurch, dass er die Täuschung begünstigt, wir hätten schliesslich in dem nur noch von Hornschicht bedeckten Eitertröpfchen etwas anatomisch gleichartiges vor uns — eben eine Pustel. Wäre dem wirklich so, so hätte ich gegen eine einigende Bezeichnung wie Impetigo nichts einzuwenden. In Wirklichkeit fallen aber unter diese Kategorie einmal oberflächliche furunkulöse Processe der Cutis, Abscesse des

bindegewebigen Papillarkörpers (z. B. durch Infection oberflächlicher Wunden mit Leichengift), Eiteransammlungen im Niveau der Stachelschicht mit theilweiser Zerstörung derselben (z. B. Pusteln bei Variola, Diphtheritis), dann Eiteransammlungen zwischen den basalen und oberflächlichen Hornschichten (z. B. bei Pemphigus), endlich Combinationen aller dieser Formen, indem der Process auf- oder absteigend, höhere oder tiefere Schichten durchsetzt (Variola); zwei besondere Arten von Pusteln knüpfen sich ausserdem noch an das Dasein von Haar- und Talgdrüsenbälgen, oberflächliche Eiterungen im Trichter des Balges und vollständige Vereiterungen des ganzen Balges (Acne, Sycosis). Wahrscheinlich wird eine genauere anatomische Untersuchung noch mehrere Arten von anatomisch verschiedenen Pusteln kennen lehren und es wird sich herausstellen, dass ausser diesen, durch den Ort der Eiteransammlung bedingten Modificationen noch wichtige Unterschiede durch das Hinzutreten von pathologischen Veränderungen im Bindegewebe, Degenerationen der Epithelzellen und Verhornungsanomalien gegeben sind. Das scheint mir Grund genug zu sein, vor der Hand einen gemeinsamen allzubequemen Namen für die pustulösen Processe fallen zu lassen und in Zukunft stets durch eine eingehende Prüfung den Ort der Eiteransammlung näher zu bestimmen. Bei den oberflächlichen, blos im Epithel sich abspielenden Eiterungsprocessen haben wir makroskopisch in der Farbe und dem etwaigen Glanze der der Pusteldecke beraubten Fläche sichere Anhaltspunkte. Der Glaube ist heutzutage unter den Aerzten noch weit verbreitet, dass der rothe, nässende Grund eines flachen Substanzverlustes stets das Corium selber sei, worauf ja auch der oft gebrauchte Ausdruck: Excoriation hindeutet. Dieses ist aber in den meisten Fällen unrichtig. Ein Jeder kann sich durch successives Ablösen feiner Lamellen der Hornschicht, z. B. von der inneren Handfläche mittelst einer Staarnadel überzeugen, dass mit jeder tieferen Lamelle, solange man sich noch in der Hornschicht befindet, die Farbe um eine Nuance röther wird. Während man noch vollständig schmerzlos operirt, hat man bereits eine mattröthliche, glänzende Fläche vor sich, die basale Hornschicht. Diese ist bei chronischen Stauungen und Entzündungen im Papillarkörper (chronisches Eczem, Psoriasis) regelmässig verdickt, von geschwellten Hornzellen gebildet.

An vielen Hautstellen kann man sie mit der feinsten Nadel nicht abheben, ohne die Stachelschicht und einzelne Papillenspitzen zu verletzen und dadurch Schmerz und Blutung zu erzeugen. Wie die nun folgende Stachelschicht sich im normalen Zustande dem blossen Auge repräsentiren würde, ist eben dieser Blutung wegen experimentell wohl kaum zu eruiren. Trotzdem kann man a priori mit Sicherheit behaupten, dass sie als eine durchsichtige, schlüpfrige, nicht spiegelnde Membran den Blutgehalt des Papillarkörpers in unveränderter Schärfe durchscheinen lassen würde. Hierfür spricht auch, dass bei blasiger Abhebung der ganzen Epidermis durch blasenziehende Mittel einzelne grössere Epithelballen auf der blossliegenden Cutis ihrer Durchsichtigkeit wegen nicht zu erkennen sind. Ganz anders dagegen stellt sich die blossliegende Stachelschicht dar, wenn bereits vor einiger Zeit durch Verbrennung, blasenziehende Mittel, Verwundung die Hornschicht in toto verloren gegangen ist. Dann gleicht sie einer weissen, geronnenen Masse und lässt in kurzen Zwischenräumen die längeren Papillenspitzen als rosa Knöpfchen durchscheinen. Hier ist aber kein normaler Zustand der Stachelschicht mehr vorhanden; es sind jene Zustände eingetreten, wie ich sie unter der Bezeichnung: Einfache Quellung, fibrinoide und nucleäre Degeneration beschrieben habe[1]).

Nach dem Gesagten hat man in praxi bei den Epithelerosionen zwei weisse und zwei rothe Modificationen auseinanderzuhalten. Erstens ist die im macerirten Zustande weissliche, lockere Hornschicht zu unterscheiden von der weisslichen, in geronnenem Zustande befindlichen Stachelschicht. Dieses wird eigentlich nie irgend eine Schwierigkeit bereiten. Zweitens ist die rothe, spiegelnde basale Hornschicht von der ganz blossliegenden oder mit wenigen Epithelballen belegten Cutis streng zu trennen, da die bezüglichen Efflorescenzen in ganz verschiedenem Niveau ihren Sitz aufgeschlagen haben. In Bezug hierauf mache ich vor Allem auf die gleichmässige Glätte der basalen Hornschicht aufmerksam.

Ich schlage, da eine gleichmässige Nomenclatur die erste Bedingung einer allgemein verständlichen Beschreibung ist, vor, den

---

[1]) Zur Anatomie der Blasenbildung an der menschlichen Haut. Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syph. 1878 p. 1.

missverständlichen Namen: Excoriation ein für alle Mal fallen zu lassen und dagegen strenge zwei Arten von Epithelverlusten künftig zu unterscheiden. Ich nenne jeden Epithelverlust, der die Stachelschicht blosslegt und erodirt: eine Erosion der Oberhaut, jeden Epithelverlust dagegen, welcher sich innerhalb der Hornschichten bewegt und gewöhnlich mit der basalen Hornschicht begrenzt: eine Exfoliation derselben.

Unter die Exfoliationen fallen daher oberflächliche Verbrennungen, die meisten Pemphigusblasen und die Impetigo contagiosa. Aus der Schilderung, die Hebra von der Impetigo herpetiformis gegeben hat, ist ersichtlich, dass es sich hier ebenfalls um einen oberflächlich in schon verhornten Schichten verlaufenden Process gehandelt hat. Nach Hebra kam unter den centralen, von einem Pustelkranz umgebenen Borken: „entweder eine schon mit Epider-„mis bedeckte, gewöhnlich braunrothe Fläche zum Vorschein, oder „es traten die Erscheinungen wie bei einem hochgradigen Eczema „rubrum madidans mit stark infiltrirter, wuchernder Basis zu Tage „oder es erschienen die rothen, nässenden Flächen noch obendrein „mit einem gelben, breiartigen, stinkenden Belege bedeckt, in „keinem Falle aber war ein Substanzverlust durch Ulceration be-„merkbar.“ In meinen Augen heisst das: Nach Abhebung der Borken waren entweder die abgehobenen Hornschichten durch neue ersetzt oder es lagen die untersten verhornten Lagen wie bei einem Eczema rubrum madidans zu Tage und zwar auf einer stark geschwellten Stachelschicht oder diese letzteren waren noch bedeckt mit lockeren, durch die Feuchtigkeit macerirten, abgestorbenen Hornzellenlagen, in keinem Falle aber war Substanzverlust durch Ulceration zu bemerken.

Die Hornschicht ist also das Feld aller im eigentlichen Sinne bullösen Eruptionen. Im Gegensatze dazu sind die gewöhnlich als Impetigines bezeichneten Efflorescenzen wie oben gezeigt, sämmtlich tiefer gelegene und zugleich, wie das in der Natur der Sache liegt, complicirtere pathologische Produkte. Die seltenen Fälle von Impetigo herpetiformis und contagiosa können diesen Charakter nicht umstossen und es ist viel eher zu fragen, ob sie denn eigentlich zu den pustulösen Eruptionen blos ihres eitrigen Inhalts wegen zu rechnen seien. Ich glaube nicht, und Hebra hat sowohl in der Definition der bulla überhaupt, wie in

der des Pemphigus in Besonderem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass neben serösem auch eitriger Inhalt in den Blasen vorkommt. Während wir von der Umwandlung eines Bläschens in eine Pustel reden, wenn der klare Inhalt eitrig wird, haben wir für die bullae keine solche Unterscheidung — einfach wohl, weil für die Blasenausschläge nie ein Bedürfniss vorgelegen hat, die mit Eiter gefüllten von anderen strenge zu scheiden. Für die bläschenförmigen und pustulösen Affectionen war früher das Bedürfniss dagegen ganz allgemein und erst seit Hebra das Eiterbläschen, die Pustel als Endprodukt aller möglichen, verschiedenartigen Affectionen hinstellte, verschwand dieses Bestreben. Wir haben seitdem noch typische Bläschenkrankheiten aber keine typischen pustulösen Affectionen mehr — bis auf die Impetigo herpetiformis und Impetigo contagiosa. Ich habe nun an der Hebra'schen Beschreibung zu zeigen versucht, dass wir auch in der Impetigo herpetiformis keine eigentlich pustulöse Affection, sondern eine bullöse besitzen und kann nach meinen Beobachtungen und den besten Beschreibungen der Autoren für die sogenannte Impetigo contagiosa dasselbe behaupten. Freilich zeichnet sich die Impetigo herpetiformis durch eine rasche Eiterumwandlung des Blaseninhaltes aus und dies kommt in manchen Fällen von Impetigo contagiosa (nicht in den meinigen) auch vor, doch bedingt dies nicht eine eigens ad hoc zu schaffende Sonderstellung, die Schöpfung einer neuen Classe von Eruptionen, wie sie mit dem Begriffe Impetigo als einer idiopathischen Pustelerkrankung gegeben ist.

Ich glaube, dass in nicht zu langer Zeit die Ursache der Impetigo contagiosa, vielleicht in Form eines Pilzes, gefunden werden wird und argwöhne dasselbe von der Impetigo herpetiformis. Deshalb hüte ich mich, mit einer nur auf halbem Wege stehen bleibenden Terminologie einer zukünftigen, vielleicht ätiologisch treffenden Namengebung vorzugreifen und begnüge mich mit dem Nachweise, dass der Name Impetigo für beide, dem Pemphigus anatomisch weit näherstehende Affectionen — und deshalb überhaupt wohl besser zu streichen wäre.

Ueber die Nothwendigkeit eines neuen Impfgesetzes für Oesterreich.

Referat, dem nieder-österr. Landes-Sanitätsrathe erstattet vom Primararzte Dr. **L. Oser** in Wien.

Der Wiener Magistrat hat in einer Eingabe vom 18. April 1879 das Ersuchen an die hohe Statthalterei gerichtet, sie möge bei dem h. Ministerium dahin wirken, dass ein Impfzwangsgesetz in Oesterreich eingeführt werde. Die Grundlage der Eingabe des Magistrates bildete ein umfassendes Votum des Wiener Stadtphysikates, in welchem die Nothwendigkeit eines solchen Gesetzes für Oesterreich an der Hand statistischer Daten beleuchtet wird.

Die vorliegende Frage hat den nieder-österreich. Landes-Sanitätsrath in umfassender Weise im Jahre 1873 [1]) beschäftigt, und wenn er auch sein Hauptaugenmerk damals und seit der Zeit fortwährend der Reform der Impfpraxis und der Impftechnik zugewandt hat, so hat er doch auch damals die Reform der Impfgesetzgebung selbst in Betracht gezogen.

Unsere Impfgesetzgebung datirt aus verschiedenen Zeiten.

Die erste umfassende Norm für das Impfgeschäft wurde mit Hofkanzleidecret vom 28. Jänner 1808 erlassen. Mittelst Hofkanzleidecret vom 26. Februar 1811 wurden die ersten Zwangsmassregeln angeordnet. Es kam jedoch allmälig ausser Uebung.

Die gegenwärtig noch in Wirksamkeit bestehende Regulirung des Impfgeschäftes erfolgte durch das Hofkanzleidecret vom 9. Juli 1836. Die Verbreitung der Impfung wurde bekanntlich in demselben durch Aufstellung von Impfärzten, durch Belehrung von Seite der Seelsorger und der Lehrer, durch Vertheilung von Volksschriften und Briefen angestrebt. Gegen die Renitenten blieben

---

[1]) Referat des n.-ö. Landes-Sanitätsrathes über die Impffrage. Referent: Primararzt Dr. H. Auspitz in Wien. Wiener medicin. Wochenschrift 1873.

die indirecten Massregeln in Kraft. Ausserdem heisst es in der Regierungs-Verordnung vom 16. October 1817: „Den Eltern steht es zwar frei, ihre Kinder impfen zu lassen oder nicht, jedoch haben sie bei der allgemeinen Impfung mit ihren Kindern unausbleiblich zu erscheinen, widrigens dieselben wegen ihres Ungehorsams gegen die obrigkeitlichen Befehle bestraft werden, und es haben die Obrigkeiten gegen einen Jeden, der bei der Vorrufung nicht erscheint, und sein Ausbleiben nicht stichhältig zu rechtfertigen vermag, amtszuhandeln."

Durch eine Ministerial-Verordnung vom 25. Juli 1857 wurde bestimmt, dass nur diejenigen, welche trotz wiederholter Aufforderung zur Impfung nicht erscheinen, als renitent anzusehen, protokollarisch zu vernehmen, in den Tabellen als Renitente anzuführen, und ihnen bei geeigneter Gelegenheit mit Hinblick auf die bestehenden Vorschriften ohne Bedenken alle Folgen fühlbar zu machen seien, welche sie sich durch ihre Renitenz gegen die Impfung nur selbst zugezogen haben.

Es ist wohl Jedermann klar, dass diese Impfvorschriften in die heutige Zeit nicht mehr passen. Man weiss factisch nicht, herrscht in Oesterreich Impfpflicht oder nicht. Wir haben keine obligatorische, aber auch keine facultative Impfung, weil ja doch Strafbestimmungen für Impfrenitente vorhanden sind.

Es wurden verschiedene Anläufe zur Reform der Impfgesetzgebung gemacht. Die Impfung war schon im Jahre 1865 speciell Gegenstand der Umfrage bei sämmtlichen Landesstellen und Landesausschüssen. Von den letzteren waren die Stimmen getheilt, die politischen Landesstellen mit Ausnahme von Salzburg, Schlesien, Dalmatien und Bukowina sprachen sich sämmtlich gegen den directen Zwang aus.

Das Staatsministerium ging deshalb mit Erlass vom 17. November 1865, Z. 509 auf Einführung des directen Impfzwanges umsoweniger ein, „als durch die bei der bereits eingeleiteten und allgemeinen Sanitätsgesetz-Revision stattfindende Revidirung der Impfvorschriften ohnehin darauf hingewirkt werden wird, dass die Impfung zweckentsprechender und zugänglicher gemacht werde."

Im Jahre 1873 sprach sich der nieder-österr. Landes-Sanitätsrath dahin aus, dass eine gesetzlich zu bestimmende allgemeine Impfpflicht nothwendig sei und in demselben Jahre legte

Ober-Sanitätsrath Dr. Schneller einen Entwurf eines Impfgesetzes vor, welches die allgemeine Impfpflicht vor Ablauf des ersten Lebensjahres ausspricht und es der Landesgesetzgebung überlässt, ob bei beharrlicher Weigerung gegen die Renitenten Strafen zu verhängen seien.

Seit dieser Zeit ruhte diese Angelegenheit in officiellen ärztlichen Kreisen, und erst jetzt tritt an den verehrten Sanitätsrath die Aufgabe heran, sich damit zu beschäftigen, weil der Magistrat der Stadt Wien direct den Antrag auf Einführung eines Impfgesetzes analog dem deutschen gestellt hat, und der nieder-österr. Landessanitätsrath von der hohen Statthalterei aufgefordert wurde, seine Ansicht darüber auszusprechen.

Den unmittelbaren Anstoss für den Wiener Magistrat mögen wohl die Verhältnisse in Deutschland gegeben haben, welches seit dem Jahre 1874 ein Impfzwangsgesetz hat, und sich nach den Berichten des deutschen Reichsgesundheits-Amtes eines ausserordentlich günstigen Gesundheitsverhältnisses in Bezug auf die Verbreitung der Pocken erfreut.

Nach einer vom Reichs-Gesundheitsamte herausgegebenen statistischen Tabelle, sind im Jahre 1877 wenn wir die Verhältnisse in den Städten von 15000 und mehr Einwohnern in Betracht ziehen, bei einer Einwohnerzahl von 7,262.806 nur 42 Todesfälle an Pocken vorgekommen: In Berlin bei einer Einwohnerzahl von 1,006.974 sind nur 4 Todesfälle an Pocken im Jahre verzeichnet; in Hamburg mit 356.653 — 4 Todesfälle, — in Köln mit 137.464 Einwohnern kein Todesfall an Pocken, — in Bamberg mit 118.687 kein Todesfall, — in Breslau mit einer Einwohnerzahl von 257.000 2 Todesfälle — in München 215.000 kein Todesfall, — in Dresden mit 205.314 2 Todesfälle.

Es sind dies in der That frappirende Zahlen, wenn man damit unsere Verhältnisse vergleicht.

Wir hatten in Wien allein:

im Jahre	1872	3334	Pockentodte
„ „	1873	1810	„
„ „	1874	928	„
„ „	1875	791	„
„ „	1876	1200	„
„ „	1877	588	„

Behufs Beurtheilung der Sachlage wird es wohl nothwendig sein, zunächst im Allgemeinen den heutigen Stand der Impffrage, die lebhafter denn je discutirt wird, zu skizziren und die etwaigen Resultate der zahlreichen, seit dem Jahre 1873 auf diesem Gebiete erschienenen Arbeiten dem verehrten Sanitätsrathe vorzuführen, damit er erkenne, ob seine Anschauung vom Jahre 1873 zu modificiren oder beizubehalten sei, und ob die glänzenden Resultate, die in Deutschland in Bezug auf Pocken bestehen, in der That blos auf Rechnung des deutschen Impfgesetzes zurückzuführen seien.

Es liegt ein colossales statistisches Material aus den letzten Jahren vor, in dessen Detail einzugehen, wohl hier nicht am Platze ist. Die Pandemie vom Jahre 1870—1873, die ganz Europa überzog, hat ein riesiges Material geliefert, das zum grossen Theil erst nach der Zeit bekannt geworden ist, in der der nieder-österr. Landessanitätsrath die Impffrage behandelte.

Obersanitätsrath Dr. Schneller hat einen Theil dieses Materials in einer Tabelle verwerthet, in seiner Arbeit „der Werth der Impfung in Zahlen".

Diese Tabellen zeigen durchaus, wenngleich mit bedeutenden Differenzen, dass die Blatternmortalität bei Geimpften geringer, als bei Ungeimpften sei. Diese Liste könnte noch durch mannigfache Arbeiten aus den letzten Jahren ergänzt werden und einiger von ihnen sei hier in Kürze Erwähnung gethan.

Nach Briquet[1]) starben während einer Epidemie in Paris unter der Belagerung von 504 Erkrankten 101, — an Geimpften 10%, bei den Ungeimpften 66%.

Nach Harris Ross[2]) über eine Epidemie in Brighton starben von 664 Erkrankten 114, von den Geimpften bei 9%, von den Ungeimpften 31%; Rendu[3]) über eine Epidemie in Lyon: im Jahre 1875 erkrankten 174 an Pocken, bei den Geimpften war die Mortalität 10%, bei den Ungeimpften 34%.

---

[1]) Gaz. médicale 1871.

[2]) Lancet p. 428. 1870.

[3]) Lyon médicale 48, 49, 50. 1875.

Vacher[1]) berechnet die Zahl der in Frankreich im Jahre 1871 an Pocken Erkrankten auf 221.817, die der Verstorbenen auf 58.236.

In der Periode von 1860 bis 1869 wurden nur 59% Neugeborne geimpft, während im Jahre 1871 bei einer Geburtszahl von 826.120 — 801.079 Impfungen stattfanden.

In Dijon erkrankten 371 Personen, von den Vaccinirten starben 4·5%, von den Nichtgeimpften 48%.

In Rom[2]) erkrankten an dieser Epidemie 3149 Personen und starben 1219 an Pocken, und zwar im Alter von 0 bis 40 Tagen 74%, — von 40 Tagen bis 1 Jahr 55%, — von 1 bis 7 Jahren 48%, — von 7 bis 14 Jahren 17%, — von 14 bis 30 Jahren 24%, — von 30 bis 60 Jahren 34%, — über 60 Jahre 58%.

Seaton[3]) schrieb im Jahre 1876 über die englische Epidemie in den Jahren 1871—1873. Ende 1870 brach die eigentliche Epidemie in England aus; die Zahl der Todesfälle im letzten Vierteljahre 1871 betrug 1229. Im Jahre 1872 starben von den nichtgeimpften Pockenkranken 77%, — von den geimpften 15%.

Während die Pockensterblichkeit 1871 und 1872 auf je 1000 Einwohner 0·928% betrug, erreichte sie in der Stadt Sunderland 8·6%. Vor 20 Jahren, sagt Seaton, sei die Pockensterblichkeit doppelt so gross gewesen, als in Ländern mit Impfzwang. Damals kamen in England 25% aller Pocken-Todesfälle auf das 1. Lebensjahr.

Das englische Impfgesetz habe vor dem deutschen darum einen Vorzug, weil es die Vornahme der Impfung in den ersten drei Monaten gebietet, und es sei, während vor 1853 von 100 Pocken-Todesfällen 75% auf das Alter unter 5 Jahren kamen, dieses Verhältniss auf 55%, 1872 sogar auf 30% herabgegangen. Von 1837 bis 1854 seien an Pocken jährlich auf 100.000 Einwohner in England 405, — in Preussen 196 Menschen gestorben;

---

[1]) Vacher, L'épidémie de variole en 1870—1871. Gaz. méd. de Paris 18. October.

[2]) Toscani, L'epidemia di vajuola di Roma. 1874.

[3]) Seaton, Official Report on the small-pox-epidemie, 1871—73.

zwischen 1855 und 1870 sei in England die Pockensterblichkeit auf 175 gefallen.

Aehnliche günstige Verhältnisse für die Impfung bringen die kleinen Epidemien von Bas-Ixelles [1]), wo von den Geimpften 2·6%, von den Nichtgeimpften 20% starben, und ebenso die Epidemie von Islington [2]).

Leonardi berichtet über eine dieser Epidemien in S. Mauro di Romagno [3]) von 1874 bis 1878. Unter 154 Erkrankten befanden sich 21 Nichtgeimpfte und 133 Geimpfte; von den Geimpften starben 4, von den Nichtgeimpften 13.

Grimshaw [4]) bespricht die letzte Pockenepidemie, die in Dublin geherrscht hat. Nachdem Dublin von 1871—1873 frei von der Blatternepidemie gewesen, trat dieselbe 1876 wieder auf. Im Cookstreet Hospital betrug die Sterblichkeit der während der Pockenepidemie vom 1. April 1876 bis 31. März 1878 aufgenommenen 295 Pockenkranken 15·8%, von den Vaccinirten starben 6·8%, von den Nichtgeimpften 15%.

Wenn man die angeführten Zahlen und statistischen Ergebnisse, wie sie in der Schneller'schen Arbeit zusammengestellt sind, so ohne weitere Kritik überblickt, dann erscheint es wohl eine müssige Arbeit, noch für den Werth der Impfung eine Lanze einzulegen, und man müsste bei so klaren Verhältnissen jedem Staate die Einführung einer strengen Zwangsimpfung anrathen, weil dadurch der bösen Krankheit ihre Schrecken und ihre Spitzen genommen wären.

Die Verhältnisse sind aber leider nicht so klar, und wir sind trotz der zahlreichen, neuen umfassenden Arbeiten auf diesem Gebiete, an denen unsere besten Kliniker theilnehmen, doch einer definitiven Lösung dieser Frage nicht viel näher gerückt, als man es zu Jenner's Zeiten war.

Durch die Einführung des deutschen Impfgesetzes und seit derselben ist die Anti-Impf-Agitation nur noch intensiver geworden.

---

[1]) Thiriar, Variole et Vaccine. Journ. de méd. de Bruxelles. Janvier.

[2]) Wilkinson, The Lancet Oct. 14.

[3]) Leonardi Girolamo, Il Raccoglitore med. 10. April.

[4]) Grimshaw T. W. On the prevalence of smallpox in Dublin. Brit. med. Journ. 22. Juni.

In England, wo die strenge Zwangsimpfung seit dem Jahre 1857 besteht, in Deutschland, wo sie seit 1. April 1875 in Kraft ist, und in der Schweiz, wo eben jetzt im Bundesrathe die Verhandlungen über Einführung eines Epidemiegesetzes gepflogen werden, besteht eine kleine, aber rührige Gemeinde von Impfgegnern, die mit unglaublicher Kühnheit und Energie operirt und deren Arbeiten, mag man sie auch zu verurtheilen berechtigt sein, nicht ignorirt werden können.

Ich spreche hier selbstverständlich nicht von jenen Impfverhetzern, denen es ja gar nicht um die Sache, sondern blos um die Hetze, um den Sport zu thun ist, die auf die Leichtgläubigkeit der Unverständigen speculiren, den Schrecken auf ihre Fahne geschrieben haben und dem Volke glauben machen wollen, dass all sein körperliches und geistiges Elend einzig und allein durch die Vaccination verschuldet sei.

Ich spreche nicht von jener Petition an den deutschen Reichstag, worin es heisst: „dass der Kinder und Frauen liebliche Rosenfarbe sich häufig in die schmutziggelbe, grüngraue Farbe des Kuheuters verwandle", auch nicht von jener Petition der deutschen Frauen, die im Februar v. J. unterzeichnet wurde, und in welcher sich die Frauen und Mütter beklagen, „dass in Folge der Impfung die Keimanlage der Brustdrüsen bereits im Kindesalter der Mädchen erstickt werde, wodurch dann die seit 50 Jahren in Deutschland allgemein herrschende Busenarmuth und der Milchmangel verursacht wird" — und auch von den übrigen Arbeiten von Vegetarianern, Naturärzten und Laien, die fast continuirlich den deutschen Büchermarkt überschwemmen, soll hier nicht die Rede sein.

Die Arbeiten jener Männer aber, die vom Autoritätsglauben frei, für ihr selbstständig gewonnenes Urtheil im offenen Kampfe eintreten, diese Arbeiten müssen entweder bekämpft oder gutgeheissen, jedenfalls aber berücksichtigt werden.

Wenn man mit möglichster Objectivität, die einem allerdings nicht selten durch den ungeberdigen Ton, in dem die erhitzten Kämpfer sich bewegen, erschwert wird, die Arbeiten studirt, so lässt sich nicht verkennen, dass gewisse, von ihnen angegebene Thatsachen nicht zu läugnen sind:

I. Die Impfstatistik ist eine lückenhafte, in vielen Fällen geradezu schlecht und fehlerhaft, und zu Schlüssen nicht zu verwerthen.

Ganz warme Impffreunde können diese Thatsache nicht läugnen, und Bohn[1]), der wohl das beste Handbuch der Vaccination geschrieben, schildert diesen Unfug der Statistik in treffenden Worten: „„Um durch unwiderstehliche Ziffern ihren Nutzen zu erweisen, dünkte es vielen Impffreunden zweckmässig, grosse Zahlenhaufen zusammenzutragen und die Kunst der vier Species an den einzelnen Reihen zu üben. Woher die ganzen Summen genommen waren und was die einzelnen Zahlen, mit denen man operirt, in Wahrheit vertraten, wurde nicht ängstlich abgewogen, wenn nur davor oder dahinter die Worte: „geimpft“ oder „nicht geimpft“, — „Pockenerkrankung“ oder „Pockentod“ standen. So machte jedes klinische Ambulatorium, jedes Krankenhaus mit bescheidenen oder auch ansehnlichen Mitteln Statistik. Andere liessen aus den trüben Quellen der polizeilichen Anmeldungen und Todtenscheine, statistische Tabellen über die Pockenverhältnisse einer Stadt oder einer Epidemie erstehen, und aus der Zahl der Gestorbenen, welche unsicher war, aus der Summe der Erkrankten, welche nicht annähernd richtig sein konnte, aus den Ziffern der Geimpften, Ungeimpften und Revaccinirten, welche nur willkürlich geschätzt und vertheilt werden konnten, wurden die Percente dieser und noch ganz anderer Kathegorien auf die Genauigkeit von Decimalen berechnet““.

Die Impfstatistik wird diese Frage auch niemals mit absoluter Sicherheit lösen können, weil die beiden Factoren: „geimpft“ und „nicht geimpft“, die ja die Basis jeder Statistik abgeben müssen, nicht fix genug sind. Die vorhandenen Narben sagen nicht aus, ob die Vaccine noch ihre Schutzkraft hat, und das Fehlen derselben beweist nichts gegen den vorhandenen Schutz.

Wenn nun auch die Fehler der Impfstatistik nicht geläugnet werden können, so ist doch anderseits der Schluss der Impfgegner nicht zu vertheidigen, dass eine lückenhafte Impfstatistik gegen den Werth der Impfung spreche.

---

[1]) Bohn, Handbuch der Vaccination. p. 285.

Wenn man heute auf statistischem Wege den unanfechtbaren Satz beweisen wollte, dass Leute, die einmal geblattert haben, einen gewissen Schutz gegen die Wiedererkrankung an Blattern haben, so wäre dies unmöglich, selbst wenn Daten darüber gesammelt wären und wenn sich herausstellen würde, dass viel weniger Geblatterte erkranken, als Leute, die nicht geblattert haben, so werden die Gegner einwenden, man kenne nicht die Zahl der Leute, die geblattert haben, man habe vielleicht unter die Geblatterten an Varicella Erkrankte aufgenommen u. s. w. Da sich nun noch dazu in gewissen Epidemien Kranke genug finden, die schon einmal geblattert haben, so könnte man vielleicht gar auf statistischem Wege dazu kommen, annehmen zu müssen, dass eine Variola eine Disposition zur zweiten Erkrankung zurücklässt.

Wenn man nun diesen Satz auf statistischem Wege nicht beweisen kann, hat man darum ein Recht, zu sagen: er sei nicht wahr?

Die Gegner der Impfung, die sich auf ihre statistische Wissenschaft so viel zu Gute thun, verfallen aber zumeist in Fehler, die noch viel grösser sind, als die der Impfenthusiasten.

Man studire einmal mit Aufmerksamkeit das jüngst erschienene Buch über die Impffrage von dem Professor der Hygiene und sanitären Statistik in Bern, Dr. Vogt, ein Buch, das sicher mit ausserordentlichem Fleisse und Geschick gearbeitet ist, und in der Absicht geschrieben wurde, die derzeitigen Verhandlungen im schweizerischen Bundesrathe, betreffs des Impfzwanges, zu beeinflussen, und darum besondere Beachtung verdient, weil es entschieden die gründlichste sachgemässe Arbeit aus dem gegnerischen Lager ist, die wohl von nun ab vielfach als beweisend citirt werden wird.

Die Art, wie in diesem Buche die sogenannte statistische Wissenschaft getrieben wird, mögen die folgenden Excerpte illustriren.

Im Jahre 1828 war eine Blatternepidemie in Marseille, bei welcher unter den Ungeimpften 2289 von den Blattern ergriffen wurden, und von den Geimpften 1041; von den Ungeimpften starben 18·3 %, von den Geimpften 1·7 %.

Vogt lässt nun zunächst die Mortalitätsverhältnisse bei Seite, weil die Altersstufen nicht berücksichtigt sind, und wirft

sich auf die Morbilität. Die Anzahl der Einwohner berechnet er auf 134.425, und weil nach einem Berichterstatter Leute, älter als 30 Jahre, nur selten ergriffen wurden, nimmt er nur die vermuthliche Zahl jener Individuen, welche damals im Alter von einem Jahre bis 28 Jahren lebten, schätzt sie auf 66.139, und weil nach einer anderen Angabe nur die Hälfte der Gebornen geimpft worden sein soll, nimmt er die Zahl der Geimpften in Marseille nur auf 33.069 an, während die Ungeimpften 99.356 betragen haben sollen, indem er alle Leute über 28 Jahre einfach als ungeimpft auffasst, in der Ueberzeugung, dass Niemand, der vor dem Jahre 1800, dem Jahre der Einführung der Impfung in Marseille, geboren wurde, nachträglich geimpft wurde. Natürlich kommt Vogt zum Resultate, dass unter den Geimpften anderthalbmal so viel Pockenkranke waren, als unter den Ungeimpften.

Ein zweites Beispiel soll aus der Wiener Statistik hergeholt werden.

Ober-Sanitätsrath Dr. Schneller hat in seinem Motivenberichte zum Entwurf eines Impfgesetzes den Satz ausgesprochen, dass seit 20 Jahren das Impfwesen in Oesterreich in Verfall gekommen sei. Vogt klammert sich an diesen Satz, rechnet eine Pockentabelle vom Jahre 1828—1853, und findet einen Durchschnitt von 57·7 Pockentodte auf 100.000 Einwohner. Vom Jahre 1854—1870 macht er wieder einen Durchschnitt und findet da 40·6 Pockentodte auf 100.000 Einwohner, und schliesst also, dass seit der Abnahme der Impfung die Pocken ebenfalls abgenommen hätten.

Um zu zeigen, dass derartige statistische Gruppirungen nur künstlich sind, kann man an der Hand derselben Tafel den Nachweis liefern, dass Ober-Sanitätsrath Schneller Recht hat, wenn er sagt, dass, seitdem die Impfung in Verfall gerathen sei, also fortwährend abgenommen habe, auch die Pocken gefährlicher geworden sind. Macht man nämlich vom Jahre 1854 bis zum Jahre 1876 nach derselben Tafel fünfjährige Durchschnitte, so findet man von:

1854—1858 :	23·4	Pockentodte auf 100.000 Einwohner.
1862—1866 :	48·0	
1867—1871 :	55·0	
1872—1876 :	229·0	

Also mit der Zunahme des Impfverfalles wächst die Pockenmortalität, quod erat demonstrandum.

Eine andere Stelle, die Oesterreich betrifft, lautet wörtlich folgendermassen:

„Oesterreich mit Ausschluss von Dalmatien, hatte am 31. December 1869 eine Einwohnerzahl von 19,774.735. Von dieser Population gehörten 13,120.626 Einwohner Bezirken an, von welchen 1873 kein einziger Impfrenitent durch die staatlichen Organe verzeichnet werden konnte. Dagegen wurden 10.416 Renitente zusammen in den übrigen Bezirken gewählt, die eine Bevölkerung von 6,645.046 repräsentiren. Was haben nun die abscheulichen Renitenten in ihren Bezirken für einen schrecklichen Schaden angerichtet. Die Zahlen geben folgende Antwort: Die Bezirke mit Impfrenitenten hatten 1873: 16.790 und 1874: 7259 Pockentodte; diejenigen ohne Impfrenitenten hatten 48.059 und 28.917 Pockentodte, in Verhältnisszahlen berechnet auf je 100.000 Einwohner: in den Bezirken mit Impfrenitenten 252·7 und 109·2 Pockentodte, — in den Bezirken ohne Impfrenitenten 366·3 und 220·4 Pockentodte. Sollte nach diesen zahlenmässigen Resultaten der officiellen Statistik die österreichische Sanitätsbehörde nicht eine Prämie auf die Impfrenitenten setzen? Wofür bezahlt Oesterreich alljährlich zwei Millionen Francs aus seinem Impffonde, wo sind die Folgen dieses verschleuderten Geldes?“

Also weil in Bezirken mit 13 Millionen Einwohnern kein einziger Impfrenitent von den staatlichen Organen verzeichnet ist, nimmt Vogt an, dass dort alle Leute geimpft sind und baut darauf seine Schlüsse. Dabei weiss aber V. ganz gut, wie es um die Impfung in Oesterreich steht, denn er citirt an derselben Stelle den Ausspruch des Dr. Markus, der in der deutschen Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1878, Bd. X, Seite 670 sagt: „In diesem Lande liegt bekanntlich das Impfwesen noch sehr im Argen, und es ist daher jeder Schritt anerkennenswerth, der zu Gunsten der Durchführung der Impfung geschieht.“

Würde Vogt der Sache mehr auf den Grund gehen, dann müsste er sich sagen: Dort, wo die Behörde Impfrenitente aufweist, dort interessire sie sich für die Impfung und dort gebe es auch weniger Blattern, während in den Ländern, wo die Behörden der Impfung weniger Aufmerksamkeit widmen, und darum auch keine Renitenz nachweisen, dort stehe es schlecht auch mit den Blattern. Ein solches Raisonnement, welches auch den Thatsachen entspricht, spräche nur für den Nutzen der Impfung.

An solchen Beispielen „wissenschaftlicher Statistik" ist das Buch überreich, und besonders lehrreich ist die Behandlung der Chemnitzer Epidemie, auf die Referent noch später zurückkommen wird.

Die Impfstatistik hat, wie nicht zu läugnen ist, ihre grossen Fehler, und die sind gemeinsam in allen Theilen der Medicinalstatistik, wo complicirte Fragen zu lösen sind und der complicirtesten eine ist die Impffrage.

Die Statistik ist die Wissenschaft der Wahrscheinlichkeit, und es kann sich nur immer darum handeln, ob mehr oder weniger wahrscheinlich. Je schwieriger aber die durch die Statistik zu lösenden Fragen, je mannigfacher die in Rechnung kommenden Factoren sind, desto vorsichtiger sind die Ergebnisse zu beurtheilen. In der Impfstatistik insbesondere muss nicht blos gezählt, sondern auch gewogen werden.

II. Eine weitere Thatsache, die nicht geläugnet werden kann, ist die, dass die Blattern wie jede epidemische Krankheit, von Zeit zu Zeit über grosse Länderstrecken, ganze Welttheile hereinbrechen und dass diese Schwankungen von Momenten abhängen, deren Natur uns heutzutage noch unbekannt ist.

Vogt's Verdienst besteht darin, dass er an der Hand statistischer Tabellen diesen Satz, so weit es durch die Statistik möglich ist, beweist.

Die vielgerühmte Statistik Schwedens, welche auch die Grundlage bildete für das deutsche Impfgesetz, gibt ein gutes Beispiel.

Die schwedischen Mortalitäts-Tabellen beginnen vom Jahre 1749, sind nach amtlichen Mittheilungen zusammengestellt und in dem englischen Blaubuche über die Vaccination (1857) veröffentlicht worden.

Von 1749—1773 wurden die Blattern- und Maserntodten nicht geschieden, so dass erst die Zeit von 1774 an in Betracht zu ziehen ist. Im Jahre 1801 wurde in Schweden die erste Impfung vollzogen, im Jahre 1810 war ein Viertel der gebornen Kinder vaccinirt und seit 1816 besteht daselbst die allgemeine Impfpflicht.

In der Zeit von 1774—1801 starben in Schweden auf die Million Einwohner mehr als 1000 Menschen an Blattern, in den 9 Jahren der zweiten Periode von 1801—1810 starben an Blattern auf 1 Million durchschnittlich 686 und in den ersten 40 Jahren der bestehenden Impfpflichtigkeit 158.

Im Jahre 1874 hatte Schweden bei einer Einwohnerzahl von 4,341.559: 4063 Todte, also auf 1 Million Einwohner nahezu wieder 1000 Todte, und in Stockholm kamen auf 1 Million Einwohner 7920 Todte. Und so wie in Schweden ging es in den Jahren 1870—1874 durch ganz Europa. Länder mit Impfzwang, wie England, Schweden, Bayern, Württemberg wurden ebenso wie die Staaten mit milden Impfgesetzen, wie Frankreich, Oesterreich, Preussen, von der schweren Krankheit getroffen. Der Satz, den die Impfenthusiasten im Uebereifer aufgestellt hatten: „Würde überall streng geimpft, dann gäbe es keine Pocken mehr“ ist sicher, so allgemein gehalten, nicht richtig; mag er auch seine theoretische Berechtigung haben, in der Praxis kann er sich nicht bewähren.

Die allgemeine Impfung kann sicher nicht mehr leisten, als eine Durchseuchung ganzer Länder, und wir sehen aus den Pockenepidemien vergangener Jahrhunderte, wie ganze Generationen von den Pocken ergriffen wurden und kaum 5% immun blieben, und doch immer wieder neue Pockenepidemien auftraten mit wechselnder Intensität.

III. Auf die Ausbreitung und Intensität der Blattern, und insbesondere auf die Mortalität üben sanitäre und sociale Momente einen wesentlichen Einfluss. Die Vermehrung der allgemeinen Sterblichkeit zieht auch ihre Parallelen in der Pockenmortalität, und eine Unzahl von Beispielen aus der Geschichte der Blattern zeigt, dass bei der Variola dieselben Gesetze gelten, wie bei den übrigen contagiösen und epidemischen Krankheiten, dass die individuellen Verhältnisse, die Constitutions- und sonstigen Gesundheitszustände,

sowie die örtlichen und zeitlichen Momente auf den Charakter der Epidemie, auf deren In- und Extensität einen wesentlichen Einfluss üben.

Gerade die Pockenstatistik Schwedens, die oben angeführt wird, beweist dies, denn sie sagt: In der grossen Stadt mit allen den die Gesundheit der Individuen schädigenden Momenten verläuft die Variola viel verderblicher als in den Landbezirken. Dasselbe Verhältniss trifft in Schottland zu. In den Stadtbezirken kommen auf je 1 Million Lebender 427 Pockentodte, in den Landbezirken 104 und in den Inselbezirken 57. Noch drastischer zeigt es sich im ersten Lebensjahre: In den Stadtbezirken kommen auf 1 Million: 2488, in den Landbezirken 705 und in den Inselbezirken 400.

Auch in London sind die Resultate dieselben. Während der Epidemie im Jahre 1877 stellte sich heraus, dass das eigentliche London mit 72 Pockentodten auf je 100.000 Einwohner doppelt so stark gelitten hat, als die nächste Umgebung, die nur 37·7 Todte zählt. In einem Bezirke Hampstead kommen auf 100.000 Einwohner 1090 — und im Stranddistrict 2 Pockentodte.

Genau dieselben Beobachtungen wurden bei uns in Wien gemacht [1]). Im I. Bezirke, dem Sitze der Wohlhabenheit, war die geringste Morbilität und Mortalität.

Berechtigen aber die angeführten Thatsachen zu dem Schlusse, den die Impfgegner daraus ziehen, dass die Impfung ohne günstigen Einfluss auf den Verlauf der Blattern sei? Die zahlreichen impfgegnerischen Arbeiten der letzten Jahre haben die Grundpfeiler der Beweisführung für den Nutzen der Impfung nicht zu erschüttern vermocht, die sich auf folgende in möglichster Kürze gefasste Momente stützt:

1. Das von Jenner und nach ihm von vielen Anderen ausgeführte Experiment, welches die Schutzkraft der Vaccination gegen die Impfung mit echter Variola beweist, hat an überzeugender Kraft nichts eingebüsst.

Woodville allein hat im Jahre 1799 400 Individuen nach durchgemachten Kuhpocken die wirklichen Blattern eingeimpft und bei Keinem hafteten dieselben. Von 1799—1801 war die Zahl seiner Vaccinationen auf 7500 gestiegen, deren grössere Hälfte

---

[1]) Bericht des Wr. Stadtphysikates 1879.

vergebens auf ihre Blattern-Empfänglichkeit untersucht worden war. In demselben Jahre hat Pearson bei 6000 Impflingen das gleiche Resultat erlangt.

Es ist bekannt, dass auch von Stromeier und Ballhorn in Hannover, von Sömmering in Frankfurt, Heim in Berlin, Sacco in Mailand und auch in Oesterreich unter der Leitung Peter Frank's ähnliche Experimente von de Carro ausgeführt wurden, und dass der Erfolg den in England gewonnenen Resultaten entsprach.

Wenn es richtig ist, woran man nicht zweifeln kann, dass bei der Inoculation mit echter Variola nur etwa 5% ohne Resultat blieben, während die Inoculation bei vaccinirten Individuen in den weitaus meisten Fällen fehlschlug, dann bildet dieses Experiment eine massgebende Stütze für den Werth der Impfung, die durch die Künste der statistischen Gruppirung nicht erschüttert werden kann.

2. Die täglichen Erfahrungen aller Aerzte, die Blatternkranke in grosser Zahl zu behandeln Gelegenheit hatten und die den relativ günstigeren Verlauf der Blattern bei Vaccinirten als bei Ungeimpften einstimmig bestätigten.

Es ist eine Eigenthümlichkeit, dass alle Kliniker und Aerzte, die Blattern-Abtheilungen führten und über ihre Erfolge berichteten, einstimmig für den Nutzen der Impfung einstehen, während die Impfgegner sich zumeist aus Theoretikern oder solchen Männern recrutiren, die allerdings mit Namen von gutem Klange in ihrem jeweiligen Fache, doch nur durch den Calcul zu ihren Anschauungen gekommen sind.

Wenn auf irgend eine andere medicinische Frage alle unsere Kliniker und Aerzte an der Hand ihrer eigenen Beobachtungen einstimmig in demselben Sinne antworten, wenn diese Erfahrungen noch durch zahlreiche Experimente gestützt werden, und wenn auf der anderen Seite nur einige Statistiker, Theoretiker oder Männer, deren Fach ein anderes ist, anderer Ansicht sind, wird man da einen Moment im Zweifel sein, auf welche Seite man sich zu stellen hat?

Die Thatsache, dass Geblatterte einen Schutz gegen Wiedererkrankung haben, ist ja auch eine solche, die durch klinische Beobachtung festgestellt ist, könnte sie durch entgegengesetzte

Einzelnbeobachtungen, die ja vorliegen oder durch statistische Berechnung umgestürzt werden?

Die ganze Bände füllende Casuistik der Blattern liefert unzählige Beispiele für den Nutzen der Impfung, aus ihnen und aus der täglichen Beobachtung hat sich die tief wurzelnde Ueberzeugung der Aerzte herausgebildet.

3. Die Statistik, so weit sie in dieser Frage unter den früher genannten Cautelen zu verwerthen ist, spricht ebenfalls für den Nutzen der Impfung. Es sind in der neueren Literatur einige ausgezeichnete statistische Arbeiten enthalten, welche eine strengere Kritik aushalten, und insbesondere die Verhältnisse der geimpften zu den nicht geimpften Bewohnern, zu dem Lebensalter berücksichtigen.

Dahin gehören die Arbeiten von Flinzer über die Blatternepidemie von Chemnitz und Umgebung, und die von Dr. A. Müller zu Waldheim in Sachsen. Chemnitz trat mit 64.255 Einwohnern in die Epidemie ein. Davon waren 53.891 geimpft = 83·87 %; 5712 Ungeimpfte = 8·89 % und 4652 früher Geblatterte = 7·29 %. Es wurden 3596 Personen von Blattern befallen = 5·60 % der Bevölkerung, u. zw. 953 Geimpfte = 1·61 % der geimpften Bevölkerung, und 2643 Ungeimpfte = 57·23 % der ungeimpften Einwohner. Von den sämmtlichen 13.881 Haushaltungen, welche die Stadt zählte, kamen 2103 mit Blattern vor; an diesen 15 % befallenen Haushaltungen nahmen solche, wo nur geimpfte Personen sich aufhielten, mit 2·67 % Theil, während die übrigen 12·48 % auf solche Haushaltungen mit Ungeimpften fielen. Unter der Gesammtzahl der Haushaltungen waren 68·18 %, welche nur Geimpfte enthielten, bei diesen ereigneten sich 3·92 % Blatternerkrankungen, dagegen bei 31·82 % Haushaltungen mit Ungeimpften 39·11 % vorkamen.

Während demnach auf 26 Haushaltungen, welche Ungeimpfte aufzuweisen hatten, eine Erkrankung fiel, traf eine solche erst auf 255 Haushaltungen, wo nur Geimpfte lebten.

Unter 3596 Erkrankten starben 249 = 6·32 %, und zwar 221 Kinder unter 14 Jahren und 28 Erwachsene. Die gestorbenen Kinder waren sämmtliche ungeimpft, von den Erwachsenen waren 21 = $^3/_4$ nicht geimpft. Die 7 geimpften Personen trugen folglich zur Mortalität 2·81 % bei, die 242 Ungeimpften 97·19 %, oder

umgekehrt die 953 geimpften Blatternkranken in der Stadt gaben 0·73%, die 2643 Ungeimpften 9·16% Sterblichkeit.

Nach dem Vorbilde von Chemnitz ist die Epidemie des Städtchens Waldheim in Sachsen von Dr. A. Müller bearbeitet worden. Waldheim hatte bis über 5000 Einwohner, 4713 Geimpfte oder früher Geblatterte (93·2%) und 342 Nicht- oder erfolglos Geimpfte (6·8%). Vom Jänner 1872 bis April 1873 kamen 250 Pockenerkrankungen vor, nahe 5% der Bevölkerung. Darunter befanden sich Geimpfte einschliesslich der Gepockten 124 = 2·6%, Ungeimpfte oder erfolglos Geimpfte 126 = 36·6%. Es starben 66 Personen, und betrug die Mortalität für Nichtgeimpfte 43·6%, für Geimpfte 8·8%.

Vogt selbst unterschätzt den Werth der Flinzer'schen Tabelle nicht, nur wendet er auch hierbei seine Gruppirungsmethode an.

Die Unterabtheilung „Haushaltung“ behagt ihm nicht, weil ja „Haushaltungen“ nicht geimpft werden; er gruppirt nach Strassen und Häusern, als ob „Strassen und Häuser“ geimpft würden. Da findet er denn, dass von 135 Strassen der Stadt 21 keinen einzigen Pockenfall hatten; diese 21 Strassen hatten durchschnittlich 50 Bewohner per Strasse, während die 24 meist befallenen Strassen durchschnittlich 522 Bewohner per Strasse hatten; daraus schliesst er, dass die ersteren die Wohnstätten des Reichthums, die letzteren die Kasernbauten des Mittel- und Arbeiterstandes enthalten, als ob der Begriff „Strasse“ etwas fixes, unveränderliches wäre. Die Ringstrasse mit ihren Tausenden Bewohnern repräsentire demnach die Armuth und irgend eine kleine Strasse in einem Vororte berge den Reichthum.

Vogt selbst kommt auf Grundlage seiner statistischen Gruppirung zu dem Endresultat, dass der Vaccine allerdings eine Schutzkraft gegen Blattern innewohne, nur schreibt er dieser Kraft eine kurze Lebensdauer, etwa nur bis zum zweiten Jahre zu.

G. F. Kolb, der bekannte Statistiker und Impfgegner, hat in der Nummer der Frankfurter Zeitung vom 7. December v. J. in einem Lobhymnus auf die Vogt'sche Arbeit diesen Schluss Vogt's angegriffen, indem er namentlich anführt, dass die Kinder zumeist erst im 5., 6., 8. Lebensmonate geimpft werden oder noch später. Es ist hier nicht der Ort, diese Streitfrage näher zu unter-

suchen, nur so viel sei erwähnt, dass Vogt's Berechnungen sich auch auf die Statistik Englands stützen, wo bekanntlich innerhalb der ersten drei Monate geimpft werden muss. Man sehe doch einmal die englische Tabelle an, wie sie nach dem Blaubuche von Vogt selbst citirt wird.

In England starben an Pocken während der Jahre 1872, 1873, 1874:

Alter	Geimpfte	Nichtgeimpfte
von 0 bis 1 Jahr	127	1028
„ 1 „ 2 „	65	318
„ 2 „ 3 „	69	261
„ 3 „ 4 „	86	226
„ 4 „ 5 „	113	241
„ 5 „ 10 „	331	835
„ 10 „ 15 „	186	281
„ 15 „ 20 „	286	261

Da bereits im Jahre 1867 das strenge Impfzwangsgesetz in England in Kraft gewesen, so war die englische Bevölkerung jener drei Jahre so vollständig geimpft, als es überhaupt durchführbar ist.

Es lässt sich daher annehmen, dass nur ein verschwindend kleiner Percenttheil von Ungeimpften unter derselben war. Unter solchen Verhältnissen sagt die Tabelle wohl mehr als jede künstliche Berechnung durch Vergleichung ganz und gar nicht vergleichbarer Epidemien in verschiedenen Städten.

Ganz ähnliche Resultate lieferte die letzte Wiener Epidemie [1]). Die Mortalität alle Geimpften zu allen Ungeimpften betrug 11·45 : 51·15, nach Ausschluss der ersten zwei Lebensjahre 10·54: 42·58.

Nach des Ref. Ansicht lässt sich die Schutzkraft der Vaccine überhaupt nicht fixiren, da ja bei dem angeführten Einflusse der epidemischen, socialen und sanitären Verhältnisse der Werth des Factors „Impfung" ein fortwährend schwankender sein muss, und unter günstigen Verhältnissen unendlich und unter ungünstigen gleich Null sein kann, wie es ja die Erfahrung in einzelnen Fällen auch wirklich beweist.

[1]) Bericht des Wr. Stadtphysikates 1879.

Es kann ja die Schutzkraft der Vaccine sicher nicht grösser sein, als die Schutzkraft einer überstandenen Variola, und auch da lässt sich nicht berechnen, wie lange eine solche dauern kann, sowie es andererseits sicher ist, dass sie in gewissen Fällen sehr geringfügig ist. Wir können auch nicht berechnen, wie lange die Schutzkraft eines etwa überstandenen Flecktyphus gegen eine neuerliche Erkrankung dauert.

Vogt selbst hält, wie aus einzelnen Stellen seines Buches hervorgeht, die Frage über die Schutzdauer der Vaccine für unentschieden. Diese Frage ist auch für uns irrelevant. Für uns handelt es sich darum, dass auch die neuesten gegnerischen Arbeiten die Schutzkraft der Vaccine nicht läugnen können und demnach hat der Standpunkt, den der nieder-österreichische Landessanitätsrath im Jahre 1873 inne hatte, auch heute noch seine volle Berechtigung.

Wenn man den Nutzen der Vaccination zugibt, wenn man überzeugt ist, dass dieselbe ein wesentlicher Factor ist, der die Verbreitung und den Verlauf der Blattern beeinflusst, dann muss man zu dem logischen Schlusse kommen, dass es im Interesse des Staates gelegen sei, diesen Factor, den er beherrschen kann, während er auf die epidemischen, sanitären und socialen Verhältnisse nur höchstens einen geringen Einfluss hat, möglichst zu verallgemeinern, und dass er die Pflicht hat, die Schutzkraft der Vaccine möglichst auszunützen für das Wohl der Gesammtheit. Er kann es deshalb nicht dem freien Willen des Einzelnen überlassen, weil der Werth dieses Factors für die Gesammtheit steigt und fällt mit der Zahl der Theilnehmer. Wenn von 1000 Menschen nur 10 % geimpft sind, so ist die Gefahr für die Nichtgeimpften und selbst für den Geimpften ceteris paribus sicher viel grösser, als wenn 90 % geimpft sind, weil durch das gleichzeitige Auftreten vieler Erkrankungen die sanitären und epidemischen Momente an schädigender Kraft gewinnen. Es geht auch nicht an, dass man nach dem Vorschlage Vogt's blos im Angesichte der Gefahr, erst wenn eine Epidemie sich der Landesgrenze nähert, die allgemeine Impfung einführe.

Man erkennt an diesem Vorschlage wieder den Theoretiker. Setzen wir den Fall, es hätte durch 30 Jahre in Oesterreich keine Variola-Epidemie gegeben und es wäre also wäh-

rend dieser Zeit Niemand geimpft worden und plötzlich bricht im Nachbarlande eine Epidemie aus, die über Nacht durch den heutigen, alle Entfernungen eliminirenden Verkehr in das Herz des Landes getragen wird, könnte man 37 Millionen Einwohner noch rasch genug impfen, damit sie des Schutzes der Impfung theilhaftig werden?

Das bisher in Oesterreich bestehende Impfgesetz entspricht den genannten Anforderungen nicht; es hatte seine Wirkung unter einem absoluten Regimente und unter dem Schrecken überstandener Epidemien. Das österreichische Gesetz sagt ungefähr: „Jedermann kann sich impfen lassen oder nicht; wer sich aber nicht impfen lässt, wird von den Behörden als renitent behandelt." Unter einer absoluten Regierung hatte diese Drohung der Behörde viel zu bedeuten; heutzutage bedeutet sie nichts, wenn nicht die Impfpflicht als solche zum Gesetz erhoben wird. Die Impfung ist in Oesterreich, wie alle Aerzte klagen, in Abnahme begriffen, und wenn überhaupt noch geimpft wird, so geschieht es, weil man im Volke glaubt, dass Jedermann verpflichtet sei, sich der Impfung zu unterziehen.

Das österreichische Impfgesetz, wie es jetzt besteht, entspricht den heutigen Anschauungen nicht mehr und früher oder später muss es fallen. Es gibt hierbei nur zwei Wege. Entweder man spricht die facultative Impfung aus, damit fällt jedes Impfgesetz weg, oder man spricht die Impfpflicht, resp. den Impfzwang aus, und dazu bedarf es eines neuen Gesetzes.

In der That sind fast in allen Staaten Europas Impfzwangsgesetze und nur in Frankreich, in Oesterreich existiren noch die alten Bestimmungen, und das sind notorisch jene Länder, in denen es mit der Impfung am allerschlechtesten steht.

Dass in dieser Richtung etwas geschehen müsse, hat der Sanitätsrath bereits im Jahre 1873 ausgesprochen, und er muss in dieser seiner Anschauung noch bestärkt werden, wenn er die Blatternverhältnisse in Oesterreich mit jenen in Deutschland vergleicht, wo seit drei Jahren nur sehr selten Blatternfälle vorkommen, während wir in Oesterreich noch ziemlich häufig Blattern haben.

Es darf übrigens diese Thatsache in meritorischer Beziehung nicht zu hoch angeschlagen werden. Im Jahre 1876 hatte Berlin im

Ganzen 18 Todesfälle, Wien hatte 1150. Das deutsche Impfgesetz trat erst im April 1875 in Kraft, und da nach §. 1 dieses Gesetzes jedes Kind nicht vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres geimpft zu werden braucht, ist wohl anzunehmen, dass zu Beginn des Jahres 1876, also acht Monate nach dem Inslebentreten des Gesetzes, noch keine so bedeutenden Folgen zu Tage treten konnten. Derartige günstige Erscheinungen können auch von anderen, uns bisher unbekannten Factoren herrühren. Wir sehen dies auch in den Blatternverhältnissen Londons. In der ersten Hälfte des Jahres 1876 hatte London mit mehr als 3 Millionen Einwohnern nur 23 Todesfälle und Wien 646; in der ersten Hälfte des Jahres 1877 hatte London 2020, Wien 381 Todesfälle, obgleich in London das strenge Impfgesetz gehandhabt wurde.

Wenn wir also auch die günstigen statistischen Ergebnisse in unserem Nachbarlande auf ihren entsprechenden Werth zurückführen, so bleibt es doch bei uns in Oesterreich in hohem Grade wünschenswerth, dass unsere verworrenen und ungeordneten Impfverhältnisse in eine gesetzmässige Bahn geleitet werden. Wie ein solches Gesetz beschaffen sein soll, ob mit oder ohne strenge Strafmassregeln, das zu untersuchen, scheint dem Ref. nicht Sache eines Landessanitätsrathes zu sein, weil die Angelegenheit eine Reichsangelegenheit ist.

Nach der persönlichen Anschauung des Referenten ist mit einem strengen Impfgesetze nicht viel gewonnen, weil man ein wirkliches Impfzwangsgesetz, dass etwa jedes Kind in den ersten drei Monaten seines Lebens von einem Amtsarzte zwangsweise geimpft werden müsse, und dass auch Revaccinationen zwangsweise vorgenommen werden, nicht decretiren kann und andere strenge Bestimmungen nur die Agitation steigern, ohne dem Impfwesen zu nützen.

Das englische Impfgesetz dictirt nicht nur Geld-, sondern auch Gefängnissstrafen, und in keinem Lande ist die Agitation so mächtig wie dort.

Das deutsche Impfgesetz ist milder und verhängt nur Geldstrafen oder eventuell Arreststrafen von nur drei Tagen. Wie es aber überall auf die Ausführung des Gesetzes ankommt, zeigt folgende Thatsache:

In der öffentlichen Sitzung des königl. Polizeigerichtes vom

27. September 1879 in Linnich, dem bekannten Herd der Antiimpfagitation, lagen 29 Fälle vor wegen der Beschuldigung, Kinder ohne gesetzlichen Grund und trotz erfolgter amtlicher Aufforderung der Impfung entzogen zu haben. Die Verurtheilung erfolgte, ohne Unterscheidung, ob der Verklagte zum ersten Male oder zu wiederholten Malen renitent war, zu nur je 2 Mark. In allen denjenigen Fällen, in welchen ein Vater, sei es auf einer oder zwei getrennten Ladungen für zwei Kinder vorgeladen war, wurde seine Gesammtstrafe für beide Kinder ebenfalls nur auf 2 Mark festgesetzt. Also mit einer Enthebungssteuer von 2 Mark kann man sich dort dem Impfgesetze entziehen.

Dr. Oidtmann theilt mit: Die Zahl der Linnicher Impfrenitenten wäre eine noch viel grössere geworden, wenn er nicht in der Ungewissheit, ob nicht den armen Leuten das höchste Strafausmass von 50 Mark dürfte zuerkannt werden, denselben vorgehalten hätte, sich in das Unvermeidliche zu fügen und ihre Kinder von ihm selbst „gelinde" impfen zu lassen. — Man kann sich leicht eine Vorstellung von dem Werthe einer solchen „gelinden" Impfung machen. —

Die Geschichte der letzten Jahre zeigt, dass durch derartige Strafbestimmungen die Agitation nur gesteigert wird, und die Impfung wahrscheinlich wenig gewinnt.

Es gibt nur einen Weg, die Antiimpfagitation zu brechen, und das ist der, dass man die so arg übertriebenen, aber sicher existirenden Gefahren der Impfung vollständig zu eliminiren trachtet, und diesem Zweige des öffentlichen Impfwesens hat der Staat seine specielle Aufmerksamkeit zu widmen, und der Sanitätsrath hat seit dem Jahre 1873 auch in diesem Sinne erfolgreich gewirkt.

Wenn man die Gefahren der Vaccinesyphilis vermeidet durch Einführung der animalen Vaccination, die nach den neuesten Untersuchungen Bollinger's auch die Uebertragung der Tuberculose ausschliesst, wenn nur junge Kälber zum Abimpfen genommen werden, und wenn durch strenge Vorsichtsmassregeln, wie sie die moderne Chirurgie empfiehlt und die eigentlich nur in einer scrupulösen Reinlichkeit bestehen, auch gewisse Wundkrankheiten, Erysipele, Phlegmonen, mög-

lichst vermieden werden, dann ist den Impfgegnern jeder Boden für die Agitation entzogen. Diesem Zweige des Impfwesens hat der Staat seine specielle Aufmerksamkeit zu widmen und auch nach dieser Richtung ist bei uns in Oesterreich noch Manches zu thun.

Ein Staat, der die Impfpflicht seinem Volke decretirt, übernimmt selbst die Verantwortung, für die Eliminirung etwaiger Gefahren der Impfung nach Möglichkeit zu sorgen und so müsste mit dem neuen Gesetze auch eine neue Impfpraxis ins Leben treten. Die Ausführung dieses Punktes behält sich Ref. für eine nächste Gelegenheit vor.

Auf Grund voranstehender Erwägungen erlaubt sich der Referent folgenden Antrag zu stellen:

Der nieder-österreichische Landessanitätsrath möge sich dahin aussprechen, dass zur Hebung der in Oesterreich immer mehr verfallenden Impfung eine Revision der Impfgesetze, die nicht mehr dem Zwecke entsprechen, sowie die Erlassung eines Gesetzes, das die allgemeine Impfpflicht zur Grundlage habe, nothwendig sei, dass dies jedoch nur unter der Bedingung geschehen könne, wenn von Seite des Staates für die Beseitigung der Gefahren der Impfung möglichst vorgesorgt wird.

Syphilis maligna.

Von

Dr. J. Krowczyński,

k. k. Sanitätsrath in Lemberg.

Am Ende des 15. Jahrhunderts, erzählt die Geschichte der Medicin, erschreckte die Syphilis durch ihren rapiden und schrecklichen Verlauf nicht blos die davon Befallenen, aber auch die Aerzte, die theils aus Scheu vor der ihnen noch unbekannten Krankheit, zum Theile auch aus Furcht, dass die Klientel sie meiden würde als Vermittler der Seuche, dieser in furchtbarer Weise auftretenden Krankheit nicht die gehörige Aufmerksamkeit zuwendeten. Wenn man die Beschreibung der ältesten Syphilisbeobachter mit denen der jüngsten vergleicht, so sieht man einen grossen Unterschied nicht blos im Verlauf, sondern auch in den Krankheitssymptomen und Erscheinungen. Statt vielwöchentlicher Latenzstadien, deren wir jetzt zwei unterscheiden, vom Momente nämlich der Ansteckung bis zum Auftreten der Primäraffection das erste und als zweites Stadium den Zeitabschnitt vom Ulc. induratum bis zum Sichtbarwerden der Folgezustände (secundären Erscheinungen) dauerte damals das erste Stadium nur einige Tage, eingeleitet von heftigem Kopfschmerz, Gliederreissen, Schlaflosigkeit und Schwächegefühl. 8—14 Tage nach der Ansteckung bedeckten zahlreiche Krusten den Kopf, dann den Stamm des Kranken oder es traten Ausschläge, die tiefe Geschwüre hinterliessen oder gleich zerfallende Gummageschwülste, Knochenaffection, manchmal auch Gangrän auf, kurz, statt eines vielwöchentlichen zweiten Latenzstadiums, das wir jetzt kennen und der im Verhältnisse sehr sanften Erscheinungen, wie Fleckenausschlag und Papeleruption, dauerte damals der zweite Latenzzustand nur

einige Tage, worauf gleich krankhafte Veränderungen in einzelnen Theilen des Organs auftraten, wie selbe jetzt nur bei ungünstigem Verlaufe der Syphilis nach jahrelangem Bestande der Krankheit zu sehen sind.

Vergebens suchen wir in der Geschichte der Medicin nach einem Erklärungsgrunde des rapiden Verlaufes und der schweren Formen der Syphilis, obschon angemerkt ist, dass auch die anderen acuten Infectionskrankheiten schneller und gefahrvoller für die betroffenen Individuen verliefen.

Wenn es wahr wäre, dass die Syphilis im 15. Jahrhundert zuerst auftrat, so könnten wir mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit für diese so schwer verlaufenden Fälle dieselbe Erklärung benutzen, wie für andere Exantheme; da jedoch die Entstehung der Syphilis erst im 15. Jahrhundert unwahrscheinlich ist, wie nicht minder die Annahme, die Syphilis sei eine neue Form anderer Krankheiten, wie Rotz und Aussatz; da es ferner auch unwahrscheinlich ist, sie sei erst damals aus anderen Ländern verschleppt worden, so müssen wir die hypothetische Erklärung fallen lassen. Bekanntermassen zählt die Anschauung des Leonicenus, der die Ansicht verfocht, die Syphilis habe schon im Alterthum und Mittelalter existirt, doch erst im 15. Jahrhundert durch ihre Malignität die Aufmerksamkeit intensiver auf sich gelenkt, die meisten Anhänger. In den früheren Jahrhunderten habe man die Stadien der Syphilis für gesonderte, von einander unabhängige Krankheiten angesehen. Leonicenus und seine Anhänger gehen auf die Ursachen der Malignität der Syphilis nicht näher ein, sie begnügen sich mit der Constatirung des Factums der Identität.

Was immer der Grund der Bösartigkeit der Syphilis im 15. Jahrhundert war, sicher ist, dass seit dieser Zeit die Syphilis schwächer in ihren Symptomen auftrat, so dass einige Jahrhunderte nachher, insbesondere gegen Mitte des 16. Jahrhunderts der Verlauf der Syphilis ein derartiger war, wie heutzutage. Dieses Erblassen und Milderwerden der Symptomenreihe schloss nicht sporadisch auftretende schwerere Formen mit rapidem Verlaufe aus; was jedoch im 15. Jahrhundert Norm war, ist seither eine Ausnahme geworden, die auch jetzt hie und da sich beobachten lässt. Dass der bösartige Verlauf der Syphilis nicht häufig zur Beobachtung gelangt, beweisen die Handbücher und Werke über Syphilis, in

denen entweder gar keine Erwähnung derselben gethan, oder auch nur nebenbei bemerkt wird, dass maligne Syphilis vorkomme, ohne jedoch näher auf den Gegenstand einzugehen.

Diese stiefmütterliche Behandlung der malignen Syphilis war für mich Anregung, auf Grund des beobachteten Falles eine Skizze des bösartigen, rapiden Verlaufes der Krankheit zu liefern. Vor Allem ist es jedoch nöthig, sich zu verständigen über den Begriff „maligne Syphilis“. Boeck (Erfahrungen über Syphilis, Stuttgart 1875) schildert das Wesen der Krankheit folgendermassen: Die constitutionelle Syphilis kann auf eine mehr acute Art auftreten. Bei einem fieberhaften Zustande kommt es zur Eruption eines pustulösen Syphilids, einer variolaähnlichen Form oder eines Ecthyma, welches in dieser Form verharrt oder gewöhnlich innerhalb kurzer Zeit die Rupiaform annimmt, eine tiefer gehende und ulcerirende Form, die sehr geneigt ist zu destruiren, wie auch Pusteln und Bullae sich auf Stellen entwickeln, wo sich wenig Substanz findet, z. B. auf den Alae nasi, den Rändern der Augenlider u. s. w. Wenn die Krankheit einige Monate gedauert hat, kann man Exantheme sehen, die einer Periode angehören, welche bei der gewöhnlichen Form der constitutionellen Syphilis mehrere Jahre nach der primären erscheint, ich meine die tuberculo-serpiginösen Syphilide. Es kann sich Remollirung des Nasenknorpels entwickeln, wodurch das Einfallen der Nase bewirkt wird, kurz, Phänomene, die der sogenannten tertiären Syphilis angehören. Während der Entwicklung und während des Verlaufes dieser Form der Syphilis schwinden die Kräfte mehr und mehr und der Kranke kann wochenlang zwischen Leben und Tod schweben. Man hat dieser Form mit Recht den Namen „maligne Syphilis“ gegeben, oder sie auch sehr bezeichnend „Syphilis galopante“ genannt.

Boeck fordert demnach den rapiden Verlauf der Erscheinungen, so dass die einzelnen Stadien verschwinden, zum Begriffe der malignen Syphilis. Als Prodrome sind auch hier wie bei jeder schweren Krankheit heftiges Fieber, Kopfschmerz, Gliederreissen, Schlaflosigkeit und Schwäche vorhanden, kurz, alle Symptome, wie selbe auch beschrieben wurden zur Zeit der malignen Syphilis zu Ende des 14. Jahrhunderts. Das seltene Auftreten der malignen Syphilis in der Gegenwart rechtfertigt er damit, dass bisher über

die Ursache der Entstehung wenig bekannt ist; während nämlich die einen Autoren die Bösartigkeit der Syphilis einer Blutvergiftung oder Schärfe oder Cachexie des Individuums zuschreiben, meinen andere apodictisch, sie hätten keine Cachexie bei den von maligner Syphilis Betroffenen beobachtet. Häufig genug wurde constatirt, dass der Verlauf der Syphilis nicht unwesentlich beeinflusst wird vom Allgemeinzustand der Individuen; eine Thatsache, die bereits älteren Schriftstellern bekannt war.

Nun führe ich auch Etwas von meinen heimischen Laren an und schöpfe aus unserer ältesten Quelle (Die Syphilis in Krakau 1581, Woiciech Oczko, S. 3). Indem der Autor des genannten Werkes die Eigenthümlichkeiten des Contagiums bespricht, deutet er die Verschiedenheiten, wie dieselben in Erscheinung treten, folgendermassen:

„Das syphilitische Gift beeinflusst in anderer Weise den Körper des Melancholikers, anders den des Cholerikers oder des Phlegmatikers. Jeden nach seiner Blutfaçon, nach seinem Geschlechte, nach seiner Constitution fassend, erscheint es obendrein, sobald es sich zu einer anderen schon bestehenden Krankheit gesellt, wild stürmisch in tausendfachen Arten. Wenn die Lustseuche auch schon selbst im Stande ist, mächtig an der Gesundheit des Menschen zu rütteln, so steigert noch dazu eine bestehende Krankheit im Körper des unglücklich Betroffenen ganz besonders ihre Unheilbarkeit, vergrössert das Leiden und macht das öde Dulden des schwer Geprüften endlos.“

Dies sind die Worte eines polnischen ärztlichen Urahns; die Flucht dreier Jahrhunderte vermochte nicht die traurige Wahrheit dieses gediegenen Beobachters zu ändern, und so kann ich nicht umhin, dessen Aussage mit den neueren Anschauungen, wie sie Beneke (Balneologische Briefe) veröffentlicht, zu vergleichen:

Die Säftemischung, deren Bestimmung die Ernährung der Gewebe ist, muss bei irgend einer Aenderung nothwendiger Weise rückwirken auf die Gewebe und sich äussern in ihrer veränderten Ernährung und alterirten Function derselben. Bei minimalen Aenderungen der Blutmischung leidet auch die Ernährung unerheblich, entgegengesetzten Falles jedoch wird auch die Ernährung schwer betroffen. Aber auch die unerheblich geänderte Blutmischung erzeugt, wenn auch nicht wahrnehmbare, doch gewiss

bestehende Abweichungen der Thätigkeit der Organe und der Nervenspannung. Was Wunder somit, wenn die in einem bereits kranken Organismus bestehende Blutbeschaffenheit ein noch neues sich Eingang verschaffendes Gift, das nach Beneke's Ansicht nicht blos quantitativ die Blutbestandtheile beeinträchtigt, sondern auch einen Fermentationsprocess hervorruft, schwierig dem Heilungsprocess zugänglich macht.

Weit entfernt zu behaupten, Oczko und Beneke hätten die nämlichen Anschauungen über Constitutions-Anomalien, führe ich den Vergleich nur deshalb aus, um die von uns unerreichte Beobachtungsgabe der Alten, die noch dazu der neueren Behelfe entbehren mussten, ins rechte Licht zu bringen.

Sollten kommende Tage die Forschungen Beneke's und dessen Ansichten über Constitutions-Anomalien bestätigen, so hätten wir auch das Räthsel der Bösartigkeit gewisser Syphilisformen gelöst. Vorläufig jedoch müssen wir uns begnügen mit der allgemeinen Fassung, wie sie Ory (Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces, Paris 1875) in seiner Abhandlung angibt. Hier findet man die Anschauung angeführt, dass die bösartige Syphilis nur bei solchen Menschen sichtbar ist, deren Organismus aus irgend einem Grunde untergraben ist und an Widerstandsfähigkeit einbüsste.

Lymphatischer Habitus, Scrophulose, fehlerhafte Ernährung, Schwangerschaft, chronischer Alkoholismus, Leichtsinn und verlottertes Wesen, Heimsuchungen aller Art, hohes Alter, Armuth, das sind die Gefährten der bösartigen Lustseuche, das sind ihre Förderer und nicht etwa die Infectionsquelle oder gar die Art und Weise der Ansteckung.

Boeck vertritt geradezu eine entgegengesetzte Ansicht. Auf Grundlage gemachter Beobachtungen an 10 Krankheitsfällen läugnet derselbe den bösartigen Einfluss bestehender fehlerhafter Blutmischung auf den Verlauf der syphilitischen Erkrankung und schliesst sie als Krankheitsursache aus.

Der Umstand, dass am häufigsten nach phagedänischen Geschwüren die schlimmen Fälle der syphilitischen Erkrankung vorkommen, spricht scheinbar zu Gunsten der Ansicht, das Quale des Contagiums habe einen bestimmenden Einfluss. Allein auch nur scheinbar, da es nicht möglich ist, sicherzustellen, inwieweit die

bereits bestehende krankhafte Blutmischung schon das Entstehen der phagedänischen Geschwüre forderte und andererseits ist uns das Verhältniss der Bösartigkeit zum Phagedänismus unbekannt. So lange bleibt das Quale des Contagiums als auf den weiteren Verlauf der syphilitischen Erkrankung Einfluss nehmende Ursache eine willkürliche Annahme, als unsere Kenntnisse über die mikrochemische Eigenschaft des Giftes nicht weiter reichen als jetzt, wo wir blos wissen, dass es einen Eiweisskörper enthält. Vom theoretischen Standpunkte scheint mir die Ansicht Ory's von allen bis nun angeführten die stichhältigste.

Wenn auch meine überaus geringe Zahl von Beobachtungen mich hierin bestärkt, so will und kann ich ein endgiltiges Urtheil nicht fällen; hiezu gehört eine unvergleichbar grössere Beobachtungsreihe. Schlüsse gezogen aus einer geringen Zahl von Beobachtungen sind nicht zwingender Natur. Da jedoch meinen Berufsgenossen, welche Gelegenheit finden, Syphilisfälle jährlich selbst nach Tausenden zu beobachten, bösartige Fälle gar nicht oder nur spärlich und vereinzelt vorkommen, so sind wir zur endlichen Erbringung eines Beweismaterials auf ein Sammelwerk angewiesen, zu dem ein Jeder sein Schärflein beitragen soll. Ich meines Theils thue es unter Anführung des bösartigen Verlaufes zweier Fälle syphilitischer Erkrankung, die ich beobachtete und ohne Präcedenzfälle für eine der angeführten Ansichten bilden zu wollen, subsumire ich meine Betrachtungen dahin, dass in beiden eine Blutdyskrasie ihre deletären Einflüsse geltend zu machen schien, indem im ersten Falle eine chronische Alkoholvergiftung, im anderen eine erblich belastende Tuberculose bestand, während in einem dritten Falle, den ich sofort detaillirt mittheilen werde, eine deutliche Blutdyskrasie nicht vorhanden, wenigstens meinen Sinnen nicht zugänglich war, selbst nicht in der Form des geschmeidigen Begriffes eines „attaquirten Organismus", wie ihn Ory zu nennen für gut fand.

R. S. (vorgestellt dem Vereine galizischer Aerzte), 30 Jahre alt, unverheirathete Dienstmagd, trat am 4. November 1875 ins Spital ein. Anamnestisch war zu erheben, dass ihre Eltern fast gleichzeitig aller Wahrscheinlichkeit nach an Cholera starben. Inwieweit Patientin sich erinnern konnte, sollen ihre Eltern niemals krank gewesen sein; der ältere Bruder, nächst der Patientin

der einzige Sprössling dieser Ehe, soll gleichfalls immer gesund gewesen sein; sein gegenwärtiges Los ist ihr unbekannt. Bis zum 14. Lebensjahre stets gesund, erkrankte die Patientin in diesem Alter an täglich wiederkehrendem Wechselfieber; im 16. Lebensjahre ward sie zum ersten Male menstruirt; im 18. Lebensjahre ward sie von einem Typhus geheilt, aus dem Spital entlassen und 4 Jahre hierauf bemerkte sie einen Hautausschlag, der ärztlich behandelt wurde und der anfänglich die Haut des Gesichtes und der Brust einnahm, und später auf den oberen und unteren Extremitäten sich ausbreitete. Von da ab war Patientin nie krank gewesen, war weder spirituösen noch geschlechtlichen Excessen ergeben und blieb auch verschont von Elend und Heimsuchungen.

Gegenwärtige Krankheit begann in den ersten Tagen des Monats October 1875, nach stattgefundenem geschlechtlichen Verkehre mit ihrem Bräutigam, der, wie sie nachträglich in Erfahrung brachte, auf der Station für syphilitische kranke Männer sich bereits in Behandlung befunden hatte. Von mittlerem Körperwuchse, ist die dunkel-blondhaarige Patientin gut gebaut. Ihre Haut von durchwegs normaler Färbung besitzt ein mässig entwickeltes Fettlager. Ihre Muskeln sind kräftig entwickelt. Die Lymphdrüsen am Nacken und der Ellbeuge sind nicht intumescirt, die sichtbaren Schleimhäute mässig geröthet. Die Drüsen in beiden Leisten sind vergrössert, hart, schmerzfrei und nach allen Richtungen hin verschiebbar. An der Stelle der Vereinigung beider grossen Schamlippen finden sich zwei Geschwüre vor, die durch eine kreuzergrosse, normale Hautpartie von einander geschieden sind. Die Basis beider Geschwüre fühlt sich härtlich an, und ist der Geschwürsgrund spärlich mit eiterigem Exsudat bedeckt, nach dessen Wegschaffung er blutreich erscheint, während die Ränder glatt, nicht gezackt sind. Beide Schamlippen sind ödematös geschwellt, in ihren unteren Theilen überdies von harter Consistenz. Die Schleimhaut der Scheide wird von einem aus der Mündung der vergrösserten Gebärmutter sich absondernden, milchweissen, zähen Schleime bedeckt. Eine Lösung von Cuprum sulfur. auf die Geschwüre, nächst häufigen adstringirenden Ausspritzungen der Scheide bildeten die erste Ordination.

Die sorgfältige Beobachtung der ärztlichen Ordination konnte jedoch die Tendenz der Ausbreitung der Geschwüre nicht ein-

dämmen, so dass am 8. November beide Geschwüre in einander flossen und als ein ganzes den unteren Theil beider Schamlippen einnahmen. Schlaffes Granulationsgewebe, bedeckt von üppigerem, schmutzig-grauem Exsudat, findet sich am Geschwürsgrund vor. Derselbe wurde an diesem Tage mit Campherpulver bestreut. Der Effect hievon war, dass das Geschwür noch grösser und gangränös wurde. Trotz bester Pflege und thunlich bester hygienischer Unterkunft nahm bei viermal täglich vorgenommenem Verbandwechsel die Grösse des Geschwüres derart, insbesondere in der Richtung nach oben, zu, dass dessen Form einem Hufeisen nicht unähnlich wurde, dessen Concavität nach der Symphyse hin gerichtet erscheint, dessen Schenkel bis zur Mitte beider grossen Nymphen hinaufragen und dessen grösste Ausbuchtung sogar hinter der Vereinigungsfalte beider grossen Schamlippen besteht. Dabei blieb immer der gangränöse Charakter beibehalten und bei unbedeutender weiterer Zunahme der Inguinaldrüsen bis zur Haselnussgrösse erschienen die grossen Schamlippen stark intumescirt, die kleinen nur mässig. Seit zwei Tagen ist bei Druck Schmerz in den Inguinaldrüsen fühlbar, obwohl das Zwischengewebe der Drüsen vom deletären Process nicht eingenommen zu sein scheint.

Nach weiteren drei Tagen ist der Kräfteverfall sichtbarer und am 20. November begann Patientin über „fliegendes Frösteln“ Klage zu führen.

Mit dem Thermometer konnte man eine Temperatursteigerung bis auf 38° C. constatiren, während bis nun die Quecksilbersäule kaum 38° C. des Abends erreichte. Den 21. November Früh 38·8° Puls 92, Abends 38·9° Puls 114; auch blieb sie von da ab stets über 38·5 und der Puls mehr als 92 bis zum 9. December, an welchem Tage $1^1/_2$ Stunden lang anhaltender Schüttelfrost das Bild änderte. Patientin führte bei vollkommen erhaltenem Bewusstsein Klage über heftigen Kopfschmerz, Gliederziehen, Gelenkschmerzen und allgemeines Schwächegefühl.

Mit Ausnahme eines Milztumor ergab die physikalische Untersuchung und die Analyse des Harnes ein durchwegs negatives Resultat. Erst am nachfolgenden Tage, den 10. December treten kleinfleckige Eflorescenzen auf der ganzen Körperoberfläche auf und insbesondere an der Haut der unteren Extremitäten, woselbst die Hautaffection durch ihre lebhaft rothe Färbung einem Masern-

ausschlage nicht unähnlich war. Die Morgentemperatur an diesem Tage betrug 38·8° Puls 100, Abendtemp. 38·3° Puls 92. Bis auf das gesteigerte subjective Schwächegefühl verstummte die Klageführung der Patientin.

Während dieser ganzen Zeit änderte das Geschwür weder seine Grösse, noch seine Form und Eigenschaften. In den folgenden sechs Tagen erhielt sich die Temperatur immer unter 38·3° C. und die Zahl der Pulsschläge blieb unter 100.

Am 15. December Abends neuerdings ein Frostanfall; Temp. 39·7° Puls 120; 16. December Früh Temp. 38·8 Puls 100. Ueberall an der Haut des Stammes, Gesichtes und der Extremitäten, wo Maculae sich vorfanden, traten Knötchen von Linsengrösse auf, von lebhafterem Roth als gewöhnlich bei syphilitischen Papeln. Wieder fiel die Temperatur und schwankte 10 Tage lang zwischen 38° und 38·5°.

Am 25. December Abends ein dritter Frostanfall; Temp. 39·7° Puls 104; den 26. Früh Temp. 38·7 Puls 92. Ein rother Hof umgibt eine jede von den Papeln, die serös durchtränkt erscheinen und bedeckt mit durch die Flüssigkeit unterminirten Schüppchen. Folgenden Tags war die Formänderung zu Bläschen und Pusteln evident, und Temperatur und Puls schon wieder gesunken, erstere 38·2° Puls 92.

Im weiteren Verlaufe war blos der Inhalt einiger Bläschen blau verfärbt worden, während die umgebende Röthung gesättigter erschien.

Die von dieser Metamorphose nicht betroffenen Papeln blieben kurze Zeit unverändert, späterhin schwand ihr seröser Inhalt und ihre Hülle ward zur Schuppe. Die Haut an der inneren und vorderen Seite der unteren Extremitäten ward bei weitem der bedeutendste Sitz der bläulich verfärbten Bläschen. Ihr weiteres Schicksal gestaltet sich in der Weise, dass indem ihr flüssiger Inhalt sich verminderte ihre Hülle napfförmig wurde, um schliesslich macerirt zu schwinden und einem Geschwürchen Raum zu machen, dessen Grösse gleichkam dem ursprünglichen Knötchen, dessen Grund von schmutzig bläulicher Farbe bedeckt blieb von den Resten des nekrotischen Hautgewebes. Die Röthung der Haut machte dabei lebhafte Fortschritte, die Berührung derselben wird schmerzhaft und zeigt erhöhete Resistenz der ergriffenen Partien.

Die genannten Erscheinungen auf ihrem Höhepunkte machten den Eindruck als ob sie entstanden wären durch viele kleinkolbige Glüheisen. Die nekrotischen Fetzen am Grund der Geschwürchen wären dann der Effect der Verbrennung, während die sie umgebende Röthe der Haut als entzündliche Reactionserscheinung ihre Deutung fände.

Ich kann nicht umhin hinzuzufügen, dass das Allgemeinbefinden der Patientin sich keineswegs änderte. Das Fieber besteht, obzwar die Temperatur 38·3° nicht übersteigt.

Sechs Tage nach geschehener Umstaltung der Papeln in Bläschen stellen sich die letzteren als Geschwürchen von verschiedener Grösse dar, welche zusehends mit jedem Tage an Dimension gewannen und zwar in so weit, bis deren gerötheter sie umgebender Hof mit vom Geschwüre occupirt ward.

Grund und Ränder der Geschwüre waren uneben, bedeckt von einem trüben eiterigen, nur mit Schwierigkeit ablösbaren Exsudat, das aus dem nekrotisch gewordenen Hautgewebe entstanden ist.

Bei dem Anblick der jammervollen Patientin konnte jeder Unbefangene berechtigter Weise aussprechen: die gesetzten Veränderungen seien das Ergebniss verfallender gummöser Infiltrate, wobei blos die enorme Anzahl derselben einem verhältnissmässig so geringen Hautgewebe einiges Befremden wachrufe.

Den 15. Jänner 1876. Die Geschwüre sind von Thalergrösse. Das Allgemeinbefinden hat sich in etwas zum Vortheile der Kranken gebessert; das Gefühl des Schwachseins ist geringer. Obzwar das Geschwür an den Geschlechtstheilen die nämliche Grösse beibehielt, wie sie Eingangs beschrieben wurde, erscheint es gereinigter, indem dessen Ränder von lebhaft rothen Granulationen überwuchert erscheinen und blos dessen Mitte von gangränösen Fetzen eingenommen ist.

Stufenweise besserte sich der Zustand täglich. Die Temperatur sank bis auf 37·8; die lang vermisste Appetenz trat ein, die Anämie begann zu weichen und sämmtliche Hautgeschwüre von ihren Rändern aus zu vernarben, indem ihre Basis zugleich mit einer reinen zu wahrer Gewebsbildung tendirenden Zellenvegetation in Gestalt rosiger Granulation sich ausgefüllt hatte.

Am 27. März war das Geschwür an den Nymphen mit Hinterlassung einer uneben ausgedehnten Narbe geheilt. Am 3. April konnte man das erste Mal an den vorderen Gaumenbögen Plaques constatiren, indem ich auch hier gleichzeitig hinzuzufügen nicht umhin kann, dass während des ganzen Krankheitsverlaufes bis nun noch gar keine Veränderung in der Schleimhaut gesetzt wurde. Am 9. April führte Patientin Klage über Schmerz in der Gegend des Kreuzbeines, der längs des ischiadischen Nerven sich fortpflanzte und täglich an Heftigkeit gewann. Die geringsten Beschwerden hievon hatte die Kranke Vormittags; ungefähr 3 Uhr Nachmittags war er bedeutender, steigerte sich mächtig und erreichte seinen Höhepunkt des Nachts.

Selbst nach Application von Morphium in subcutaner Weise hörte Patientin um diese Zeit zu stöhnen und jammern nicht auf.

Mit dem Erscheinen der genannten Schmerzen hielt das Auftreten des Fiebers gleichen Schritt. Temperatur 38°—38·7°, Puls zwischen 100—120. Gegen die Obstruction wird Ricinusöl ordinirt. Am 27. April die Schmerzen bedeutend geringer und am 12. Mai ward notirt, dass Patientin drei Tage schmerzfrei zubrachte. Während der Neuralgien war die Hyperästhesie der Haut an der äusseren Fläche der Oberschenkel am ausgeprägtesten.

Anschliessend an das weitere Schicksal der aus den Knötchen entstandenen Geschwüre muss ich in Erinnerung bringen, dass dieselben zumeist am Ober- und Unterschenkel, bei weitem geringer an Zahl und Grösse am Stamme sich vorfanden. Die Haut des Oberarmes trug nur einzelne Papeln, schon zahlreicher waren sie am Nacken und insbesondere an der Grenze des Haarbodens zu finden und erreichten hier nahezu die Grösse eines $^1/_2$ Frankstückes.

Mit der Vernarbung wucherten die Granulationen derart üppig und überragten derart das Niveau der sie umgebenden normalen Haut, dass man zum Lapisstifte Zuflucht nehmen musste. Eben dieses übermässige Hervorschiessen der Granulationsgewebe bildete die Ursache, dass an Stelle der Geschwüre sogenannte hypertrophische Narben entstanden. Die Grösse der Narben entsprach durchwegs der ursprünglichen Geschwürsdimension, so dass die grössten an der Haut der unteren Extremitäten, die kleinsten und am wenigsten prominenten am Stamme sich vorfanden.

Auf den ersten Blick sahen diese Narben dem sogenannten Keloides spurium nicht unähnlich. Der am höchsten gelegene Punkt einer jeden Narbe war an Stelle des ursprünglichen Geschwürcentrums getreten, von deren unterer Oberfläche Fortsätze in die normale Haut hineinragten, während die dunklere Farbe und geringere Consistenz von den gewöhnlichen Narben sie unterschied.

Es ist selbstverständlich, dass die grösseren Geschwüre auch längerer Zeit zu ihrer Vernarbung bedurften, ich wiederhole jedoch, dass ausnahmslos überall hypertrophische Narben dort entstanden, wo das ursprüngliche Knötchen seine Umwandlung in ein Bläschen mit nachfolgendem Geschwürchen erlitt.

Kaum war die Vernarbung beendigt, als auch schon einzelne Narben zu verfallen begannen, demzufolge neuerdings Geschwüre entstanden von Grösse der Narben. Ihre Heilung dauerte nicht unbeträchtliche Zeit und schliesslich entstanden noch ausgeprägtere hypertrophische Narben. Weitere syphilitische Erscheinungen treten von da ab weder auf den Schleimhäuten noch auf der Haut auf. Trotzdem hielt sich die Kranke bis zum 4. Jänner 1877 im Spitale auf.

Ich habe nur noch zu berichten, dass mit der Besserung des Verdauungsvermögens die Kranke sichtbar sich kräftigte und um die genannte Zeit ihr frisches Aussehen den Eindruck machte, als ob sie nie ernstlich krank gewesen wäre.

Dank der freundlichen Zuvorkommenheit des Prim. Dr. Rozański erfuhr ich, dass der Bräutigam des Mädchens auf der Station für syphilitisch kranke Männer gelegen und nur an einigen mässig feuchten breiten Condylomen an den Geschlechtstheilen und den Gaumenbögen, kurzum leicht syphilitisch erkrankt gewesen war.

Ich habe hinsichtlich der Dyskrasie an der Kranken nichts Schlagendes zu finden gewusst, es sei denn, dass etwa, wie ich bereits anführte, die in den Jugendjahren überstandenen Wechselfieberanfälle als solche in Rücksicht zu nehmen wären. Die Erwägung jedoch, dass eine überwiegende Mehrzahl von Syphilitischen, welche wechselfieberkrank waren, jene schweren Zufälle nicht zu erdulden hatten, der Umstand ferner, dass Fiebergegenden auch nicht zugleich Seuchenherde schwerer Syphilisformen sind, wie auch schliesslich die Widersinnigkeit der Annahme,

dass eine Cachexie 16 Jahre lang verborgen schlummerte, entwinden den Partisanen der Blutbeschaffenheit ihre Anhänger. Es ist übrigens aus dem Krankheitsverlaufe der Patientin ersichtlich, dass noch ein Umstand zu Gunsten der Theorie einer „attaquirten" Körperanlage spricht. Sie hatte nämlich im 22. Jahre Efflorescenzen am Gesicht wie an den Extremitäten gehabt, wobei es nicht möglich ist auszuschliessen, ob nicht irgend ein Zusammenhang mit Scrophulose bestand. Beweisen lässt sich jedoch dieses nicht, zumal bei der ersten Präsentation der Kranken sich durchaus nichts Krankhaftes vorfand.

Der Phagedänismus jener schrankenlos sich ausbreitenden Geschwüre unter gleichzeitigem Gangränesciren ihrer Lagen ohne jede äussere Schädlichkeit spricht laut und beredt für eine Blut-Dyskrasie. Aber welcher? Einer wie beschaffenen?

Mit ehrlicher Absicht zog ich alle möglichen Verdachtsursachen der Dyskrasie herbei, um den bösartigen Verlauf deuten zu können und obwohl ein lebhafter Anhänger Benekischer Anschauung, gestehe ich freimüthig, in unserem Falle nichts hiefür Zwingendes gefunden zu haben.

Die Temperatursteigerung sowohl vor dem Ausbruche der Exantheme als auch vor jedesmaliger Metamorphose der Efflorescenzen gehört gleich dem keineswegs häufigen Vorkommen des Phagedänismus bei indurirten Geschwüren gewiss auch zur Bösartigkeit der Syphilis. Fände sich auch Jemand, der aus den gegebenen Daten die Natur eines syphilitischen Ausschlages in Zweifel ziehen, irgend ein acutes fieberhaftes Exanthem in Combination bringen würde und in unserem Falle die specifische Erkrankung in Abrede stellte, so sichern andererseits die Plaques an den Gaumenbögen unabänderlich die Richtigkeit meiner Diagnose.

Wenn auch die consequente Erneuerung des Fiebers ein überaus seltenes Vorkommniss bei syphilitischen Erkrankungen ist, so bietet ein ab und zu auftretendes Fieber bei Syphilitischen nichts Ungewöhnliches. Güntz gibt an, dass 20% von syphilitisch Kranken fiebern und Fournier nimmt namentlich bei Weibern noch einen höheren Percentsatz an.

Hinweisend auf die in Geschwüre zerfallenden Knötchen kann ich nicht unerwähnt lassen, dass in einer gewissen Phase der Erkrankung die Veränderung an der Haut mit der sonst als Impetigo

syphilitica bezeichneten Form identisch war. Die Bezeichnung Impetigo rodens, wie sie Fournier vorschlägt, passt auf die weiteren Veränderungen unserer Erkrankung. Der genannte Autor führt als Unterschied der Impetigo rodens und der gemeinhin als Impetigo bekannten Form insbesondere die schon in der Begriffsbezeichnung selbst gelegene Tendenz zur Destruction an, die sich nicht blos auf die Gewebe des Entstehungsortes beschränkt, sondern stets Neigung hat auf die nachbarlichen Theile zu übergreifen. Auch in unserem Falle waren die Geschwüre bedeutend; denn über Thalergrösse konnte ihre Tiefendimension nach der Vernarbung nicht mehr erschlossen werden, da noch dazu die Narben, wie ich bereits erwähnte, hypertrophisch hervorragten. Aber auch die Narben waren weiteren Veränderungen unterworfen. Anfänglich von brauner Farbe wurden sie stets dunkler als die sie umgebende normale Haut; sich weiters stets abflachend nahmen sie schliesslich sogar eine concave Form an, wobei aber ihre Oberfläche stets uneben blieb. Noch während des Spitalaufenthaltes der Kranken waren diese Veränderungen sichtbar und gegenwärtig sind sie noch ausgesprochener. Der weitaus grössere Theil der Narben an den Ober- und Unterschenkeln jedoch blieb ungeändert.

Zum Schlusse sei es nur gestattet ein paar Wortę die Therapie betreffend hinzuzufügen. Nach Massgabe der über das Wesen der Krankheit herrschenden Ansichten sind auch die zur Heilung betretenen Wege verschieden.

Die Einen macht das zeitliche Darreichen der Mercurpräparate besorgt, die Anderen versprechen sich von ihnen, schon während des Bestehens des Geschwüres dargereicht, Erspriessliches, wieder Andere thun ihr Bestes den Körper zu kräftigen und empfehlen das Hg erst als Waffe gegen den schon minder gefährlichen Feind. Ergibt sich als Facit der pathologischen Beobachtung die Thatsache, dass der erschöpfte Organismus die einzige Ursache der bösartigen Syphilis ist, so haben wir auch für unsere Handlungsweise eine gebundene Marschroute in den allgemeinen hygienischen Grundsätzen vorgeschrieben: dem Elenden Aufbesserung seiner misslichen Lage, dem moralisch Gesunkenen ein tröstendes Wort, dem Wüstling Mässigung etc. kurzum das ewig wahre „Cessante causa“ und erst hierauf Quecksilber oder Jod oder auch beides zugleich, wie es sich Ory lobt.

Miliaria-Ausschlag in Folge von Berührung mit rohem Spargel (Asparagus officinalis).

Von

Dr. J. Edmund Güntz

in Dresden.

Ich hatte Gelegenheit die Entwicklung einer ausgebreiteten Miliaria zu beobachten, welche durch die Berührung mit rohem Spargel entstanden war. In einem grossen Restaurant war die Schwester des Besitzers zur Spargelzeit ausschliesslich damit beschäftigt, die Stangen des rohen Spargels zu putzen und für die Küche zu bereiten. Das Fräulein war 40 Jahre alt, von bleicher Hautfarbe und leidlicher Körperentwicklung, reichlichem Fettansatz und nicht blühendem Aussehen, mit jenem grauweissen Teint, wie er meist bei Köchen zu finden ist; die Haare waren dunkelblond, die Augen graublau. Die jüngere Schwester der Patientin war vor einigen Jahren, ein Jahr nach dem Wochenbette an acuter Tuberculose mit Hämoptyse gestorben, nachdem sie bis kurz vor dem Tode als frühere Besitzerin des Restaurants ebenfalls in der Küche beschäftigt war. Es leben noch ausserdem drei Geschwister, annähernd 50 Jahre alt, eine ältere Schwester, welche 52 Jahre alt ist und zeitweilig an Bluthusten leidet, und zwei Brüder, welche noch nicht ganz das 50. Jahr erreicht haben und als Köche und Restaurateure kräftige, robuste Leute sind.

Die Patientin hatte also zur Spargelzeit in einem besonderen Raume täglich von Früh bis Abends unausgesetzt grosse Mengen Spargel geputzt, so dass sie viele grosse Körbe mit dem zubereiteten Gemüse um sich stehen hatte. Die Atmosphäre in dem Raume war durchdringend intensiv aromatisch, und in den Augen etwas Stechen verursachend sowie anfangs für den Ungewohnten zum Niesen reizend. Dieses Spargelaroma war namentlich dadurch so intensiv geworden, dass die kleineren Spargelstangen zu sogenanntem Spargelgemüse, zu kleinen Stückchen zerschnitten worden waren, wobei viel Saft ausfloss und durch die raschen Bewegungen beim Schneiden in Stückchen in die Umgebung fein zerstäubt gespritzt wurde.

Die Kranke hatte in früheren Jahren ebenfalls öfters Spargel zubereitet, jedoch bisher nie eine Hautaffection davongetragen, litt überhaupt nie an irgend welchen chronischen Hautaffectionen.

Der Status praesens der Haut ergab von den Händen aus bis herauf an die bei der Beschäftigung entblösst getragenen Oberarme eine diffuse Röthe und mässige Schwellung, mit unzähligen Miliariabläschen, deren jede mit dunklerem Hofe umgeben war. Das Exanthem war ungefähr in der Art entwickelt, wie es bei hochblonden oder rothhaarigen Menschen leicht nach Einreibung mit grauer Salbe zu entstehen pflegt. Die Innenflächen der Hände waren von Spargelsaft sehr durchtränkt und erweicht; die Haut wie bei Waschfrauen während des Waschens in Falten erhoben, ohne Ausschlag. Die Haut des Gesichts bis herab zum Hals, bis zu der Stelle des engen und hoch heraufgehenden Oberkleides, war leicht geröthet und geschwellt, mit einzelnen Bläschen besetzt; die Augenlider stärker geröthet, chemotisch geschwellt, die Stirn bis zu den Haaren und Ohren geröthet und mit sparsamen Bläschen besetzt. Starke Conjunctivitis. — Das Allgemeinbefinden bis auf die Schmerzen und etwas Schnupfen mit häufigem Niesen war nicht gestört.

Die Kranke setzte ihre Beschäftigung aus. Das Uebel war nach einigen Tagen ohne besondere Therapie von selbst geheilt. Als sie die Beschäftigung wieder aufnahm, bei welcher sie die Gewohnheit hatte, von Zeit zu Zeit in die grossen, mit Spargel gefüllten Körbe bis über die Ellbogen hineinzugreifen und die Spargelstückchen umzurühren, zeigte sich wieder leichte Röthe an den Armen, doch kam es nicht wieder zur Miliariabildung. Eine andere weibliche Person, die gleichzeitig mit Spargel beschäftigt war, blieb gesund.

Im folgenden Jahre hatte die hier beschriebene Patientin das Putzen des Spargels wieder vorgenommen. Diesmal hatte sie an den Armen und im Gesichte nur leichte Röthe ohne Ausschlag und war nicht genöthigt, ihre Beschäftigung auszusetzen. In den folgenden Jahren blieb sie von jeder Affection verschont. Die Tochter der Schwester von unserer Patientin, ein blondes 16 jähr. Mädchen, war angeblich früher von einem ähnlichen Bläschenausschlag befallen worden, so dass sie das Spargelputzen nicht fortsetzen konnte.

Ueber die therapeutische Verwendung des Pilocarpins bei Hautkrankheiten.

Von

Prof. **Pick** in Prag.

Bald nach dem Bekanntwerden der specifischen Wirkung des Jaborandi auf die Secretion der Schweissdrüsen ist es mir wünschenswerth erschienen, seine therapeutische Verwendung bei verschiedenen Dermatosen, insbesondere bei solchen, die mit einer mangelhaften oder veränderten Schweisssecretion einhergehen, einer eingehenden Prüfung zu unterziehen.

So lange jedoch nur das Jaborandi mit seinen unangenehmen Nebenwirkungen zur Verfügung stand, musste ich von einer ausgedehnten Anwendung des Mittels Umgang nehmen, weil ein Erfolg bei chronischen Hautkrankheiten, wenn überhaupt, gewiss erst nach längerem Gebrauche zu erreichen war, es jedenfalls erst dann gestattet war, sich ein Urtheil zu bilden, die Kranken aber eine fortgesetzte Anwendung des Mittels nicht vertrugen, oder doch entschieden verweigerten.

Anders gestaltete sich das Verhältniss, nachdem uns Weber (Centralblatt 1876 Nr. 44) mit dem von Merk aus dem Pernambuco-Jaborandi dargestellten Alkaloid, dem Pilocarpin bekannt machte.

Nachdem einige Versuche mit dem alsbald von Merk bezogenen Pilocarpinum muriaticum im Allgemeinen mit den Angaben Weber's u. A. übereinstimmende Resultate geliefert haben und bei vorsichtiger Dosirung die unerwünschten Nebenwirkungen mit Ausnahme der erheblich gesteigerten Speichelsecretion ver-

mieden werden konnten, wurde von da an das Pilocarpinum muriaticum, später auch das Pilocarpinum purum und salicylicum sowie endlich das Pilocarpinum valerianicum durch einen Zeitraum von mehr als $2^1/_2$ Jahren in einer langen Reihe von Fällen in Anwendung gezogen.

Angewendet wurde das Pilocarpin, wenn ich von der Syphilis absehe, bei Prurigo, Psoriasis, Eczema, Pruritus cutaneus, Urticaria chronica, Alopecia areata, Trichoptilosis, Alopecia pityrodes, Akne, Hyperidrosis, Pemphigus chronicus und Lichen exsudativus ruber.

Im Nachfolgenden werde ich über die Resultate bei einzelnen Krankheitsformen berichten.

Wie ich schon eingangs erwähnte, bin ich von vorneherein von der Ansicht ausgegangen, dass es sich bei den chronischen Dermatosen weniger um die Erzielung augenblicklich starker Wirkungen, als vielmehr um eine dauernde Beeinflussung der secretorischen Hautthätigkeit handeln werde. Dem entsprechend wurde das Mittel in verhältnissmässig niedriger Dosis (0·01 Grm.) in wässeriger Lösung, und zwar zumeist innerlich in Tropfenform verabreicht. In Fällen, wo reichlicheres protrahirtes Schwitzen angezeigt schien, wurde die Dosis 2mal des Tages, und zwar Morgens und Abends, während sich der Kranke im Bette befand, verabfolgt. Wo diese Wirkung nicht beabsichtigt wurde, liess ich den Kranken die Tropfen 1—2mal des Tages ausserhalb des Bettes und in der warmen Jahreszeit auch bei Bewegung im Freien nehmen. Bei Kranken, die sich auf der stationären Klinik befanden, wurden jedoch zumeist subcutane Injectionen gemacht. Es erwies sich zweckmässig, die Tropfen 1—2 Stunden nach dem Frühstück und ebenso längere Zeit nach der Abendmahlzeit nehmen zu lassen. Morgens nüchtern genommen erzeugten die Tropfen leicht Uebelkeiten.

Bevor ich über die Erfolge bei den einzelnen Krankheitsformen berichte, habe ich Einiges über die Methode und die Dauer der Anwendung und der bei derselben beobachteten Allgemeinwirkungen anzuführen. Zunächst habe ich bestätigend zu erwähnen, dass die Wirkung stets eine prompte war und das Mittel trotz mannigfacher individueller Vorkommnisse niemals vollständig versagte. In den meisten Fällen trat bei täglich zweimaliger Verabreichung des Mittels zu 0,01 Grm. pro dosi, innerlich in Tropfen-

form, zuerst die Speichelsecretion auf, und war erst nach 4 bis 5 Minuten von vermehrter Schweisssecretion gefolgt. In einigen Fällen trat die Schweisssecretion früher ein und war erst nach 5—10 Minuten, in zwei Fällen erst nach 20 Minuten von erheblicherer Speichelsecretion gefolgt. In acht Fällen ambulatorischer Behandlung war bei starker Speichelsecretion das Schwitzen ganz ausgeblieben oder doch ganz minimal. In sechs Fällen trat profuse Schweisssecretion bei minimaler Speichelsecretion auf.

In allen Fällen, in denen das Mittel anfangs eine starke Wirkung hervorgerufen hatte, wurde dieselbe nach mehrwöchentlichem Gebrauche gewöhnlich nach 3—4 Wochen wesentlich geringer, so dass zur Erzielung derselben Wirkung die Gabe erhöht werden musste. Dieselbe Gabe zeigte sich wieder wirkungsvoll, wenn mit der Verabreichung des Mittels einige Tage (es geschah dies gewöhnlich durch acht Tage) ausgesetzt wurde. Dieser Umstand ist besonders zu beachten für Fälle, bei denen sich die Anwendung des Mittels auf viele Wochen oder Monate ausdehnen soll. Man ist dadurch im Stande, ohne die Gabe zu erhöhen, lange Zeit ergiebige Wirkung zu erzielen.

Ein wesentlicher Unterschied in der Reihenfolge der secretorischen Erscheinungen ergab sich zuweilen, je nachdem das Mittel innerlich oder subcutan eingeführt wurde. Bei 30 Individuen, die ich auf diesen Umstand hin besonders prüfte, ergab sich 21mal, dass bei innerlicher Anwendung zuerst vermehrte Speichelsecretion und dann erst vermehrter Schweiss auftrat, während bei subcutaner Einverleibung zuerst Schwitzen und dann Speichelfluss erfolgte, wobei jedoch beide Erscheinungen in zeitlicher Folge näher aneinander rückten, bei den übrigen Individuen ergab sich als constantes Resultat, dass bei beiden Applicationsarten zuerst Speichelfluss eintrat.

Ein stärkeres oder früheres Auftreten von Schweiss um die Einstichstelle habe ich niemals beobachtet, vielmehr gilt als fast constante Erscheinung, dass das Schwitzen zuerst auf Gesicht und Stirne auftritt und sich von da, mit besonderer Intensität in der Achselhöhle, den Beugeseiten der Gelenke und Innenfläche der Extremitäten, nach abwärts verbreitet. Einen wesentlichen Einfluss übte der längere Gebrauch des Pilocarpins auf die Einölung der Haut und den Haarwuchs. Die Haut wurde weicher, geschmeidiger

und fühlte sich sammetartig an, Comedonen, Lichen pilaris, liessen sich leichter ausdrücken und beseitigen, die trockene Schuppenbildung am behaarten Kopfe verminderte sich oder verschwand vollständig; die Haare erschienen minder spröde, der frische Nachwuchs an Wollhärchen ging eine raschere Umwandlung in derbere reichlich pigmentirte Haarbildung ein. Die Secretion der Gland. cerum. und der Gland. sebac. an der Glans und dem Präputium war vermehrt.

Das Allgemeinbefinden der Kranken wurde selbst nach monatelangem Gebrauche des Mittels nicht gestört, vielmehr wurde übereinstimmend notirt, dass der Appetit gesteigert, die Ernährung gefördert wurde. Das geschah auch in jenen wenigen Fällen, wo das Mittel fast nach jedesmaligem Gebrauche, allerdings rasch vorübergehende Uebelkeiten vom Magen erzeugte.

Eine sehr häufige Erscheinung, die sich kurz nach der Application des Mittels zuweilen noch vor Eintritt der secretorischen Wirkung, gewöhnlich aber nach 10 Minuten, wenn bereits Speichelfluss und Schwitzen vorhanden waren, einstellte, bestand in abwechselndem Erblassen und Röthen des Gesichtes und der Ohrmuscheln und Schmerzen in der Temporalgegend, die als drückende, bohrende oder auch hämmernde bezeichnet wurden. In einzelnen Fällen, bei leicht erregbaren Kranken steigerten sich die Erscheinungen zu heftigen Kopfschmerzen, welche die Dauer der secretorischen Wirkungen durch längere Zeit, in zwei Fällen noch drei Stunden überdauerten.

Dem Ausbruche des Schweisses ging fast regelmässig ein Wärmegefühl voraus, welches sich allmälig über den Körper verbreitete und bis zum Eintritte des Schwitzens andauerte. Diesem Gefühl von Wärme folgte gewöhnlich ein Gefühl von Kälte, welches sich zuweilen bis zum Frösteln steigerte. Der vermehrten Speichelsecretion ging das Gefühl von Zusammenziehen im Munde voraus, das sich auch weiterhin wiederholte, worauf dann stets ein stärkerer Erguss von Speichel erfolgte.

Pilocarpin bei Prurigo.

Will man bei Prurigo über die Wirkung eines innerlich angewendeten Mittels ein richtiges Urtheil gewinnen, dann muss man sich gegenwärtig halten, dass alle hygienischen Massregeln,

die eine Einölung oder Einfettung oder selbst nur eine Maceration der Epidermis an den erkrankten Hautpartien herbeiführen, an sich geeignet sind, das Leiden wesentlich zu bessern, und dass eine Hebung der Ernährung des Kranken eine Besserung der örtlichen Zustände herbeiführt. Anderseits würde man sich in einem grossen Irrthum befinden, wenn man die häufig genug vorhandenen schlechten Lebensverhältnisse der Kranken allein verantwortlich machen wollte für den schlechten Ernährungszustand derselben. Vielmehr ist nicht zu übersehen, dass das fortwährend andauernde, den Kranken peinigende Jucken, welches sich während der Nacht im Bette besonders steigert, den Kranken um den Schlaf bringt und in Folge dessen schon seine Kräfte consumirt. Daraus folgt Abgeschlagenheit, Mattigkeit und Appetitlosigkeit, Symptome, die so lange andauern, als eben die genannten ursächlichen Momente selbst nicht behoben werden. Man reiche dem Pruriginösen die nahrhafteste Kost, ohne gleichzeitig Mittel gegen das Jucken anzuwenden, um sich gleich mir die Ueberzeugung zu verschaffen, dass man auch seine allgemeinen Ernährungsverhältnisse nicht wesentlich ändern werde, dahingegen wird eine örtliche Behandlung, die geeignet ist, sein Jucken zu mildern, rasch eine wesentliche Umwandlung nicht allein seiner örtlichen Hautzustände, sondern auch seines Allgemeinbefindens herbeiführen, wenn man ihn auch bei seiner früheren Lebensweise belässt.

Demgemäss haben wir bei unseren Kranken während der Pilocarpinbehandlung anfangs gar keine örtlichen Mittel, auch nicht Bäder angewendet und die Wirkung desselben vollkommen rein erhalten. Unter diesen Verhältnissen bleiben die objectiven, localen Symptome selbst nach vierzehntägiger Anwendung des Mittels, bei hochgradigen, xerodermatischen Zuständen und bei stärkerer Pachydermie noch nach 3, 4 bis 6 Wochen stationär.

Selbst bei einer täglich 2maligen Anwendung des Mittels zu 0·01 gr. pro dosi und gleichzeitiger Umhüllung in wollene Decken, wenn an den gesunden Körpertheilen reichliches, protrahirtes Schwitzen eintrat, war die Schweisssecretion an pruriginösen Theilen in den ersten 8—14 Tagen gar nicht vorhanden, oder nur minimal. Nach Ablauf von 14 Tagen in leichteren Fällen, insbesondere also bei Kindern unter 10 Jahren, in schweren Fällen nach Ablauf von 4, 5 bis 6 Wochen erschien auch an pruriginösen Stellen eine

dem Sitze der Krankheit an den Streckseiten der Extremitäten entsprechende Vermehrung der Schweisssecretion. Noch vor Eintritt dieser Erscheinung begannen sich die Verhältnisse an den erkrankten Hautstellen dadurch wesentlich günstiger zu gestalten, dass sich die etwa vorhandenen eczematösen Symptome sowie die Kratzaffecte zurückbildeten, die Bildung neuer Kratzeffecte immer seltener wurde und endlich gänzlich unterblieb. Diese objectiven Wahrnehmungen stimmten mit den Angaben der Kranken überein, welche schon nach wenigen Tagen der Anwendung des Pilocarpins eine wesentliche Erleichterung ihres Zustandes verspürten, indem das Jucken immer mehr abnahm, um schliesslich gänzlich zu verschwinden.

Nach weiterer mehrwöchentlicher (4—8 Wochen) Anwendung gingen in so behandelten Fällen auch die anderweitigen Krankheitssymptome, die Drüsenschwellung, die Zustände der Xerodermie und Pachydermie allmälig zurück und waren in leichteren Fällen die localen Zustände bis zur vollständigen Restitution gediehen, in schweren, inveterirten Formen bis auf die Verdickung der Haut behoben. Die kürzeste Zeit zur Erreichung dieses Zieles betrug 48 Tage, die längste 105 Tage, die mittlere Behandlungsdauer stellte sich auf 65 Tage.

Wenn man bei Beurtheilung dieser therapeutischen Ergebnisse lediglich die Besserung der localen Symptome ins Auge fasst, so kann man dieselben nicht als besonders befriedigend bezeichnen. Bei fast jeder der bisher üblichen Behandlungsmethoden hat man durchschnittlich die Beseitigung derselben in dem gleichen oder noch kürzeren Zeitraume erreicht, ganz besonders habe ich bei der auf meiner Klinik angewandten Methode (Seifenbäder, Kautschukkleid, Glycerinamylum, und wo starke Eczeme vorhanden sind, Verband mit Lithargyronsalbe) das Verschwinden der localen Krankheitserscheinungen, wie der Ausweis vom Jahre 1876 ergibt, bei einer mittleren Behandlungsdauer von 30·2 Tagen erreicht. Trotzdem musste ich mir die Frage vorlegen, ob nicht auch diese Erfolge lediglich dem Umstande zuzuschreiben sind, dass bei dem protrahirten Schwitzen der Kranken der Effect ausschliesslich diesem und der damit verbundenen, gleich einem Bade wirkenden Erweichung und Maceration der kranken Haut zuzu-

schreiben ist, mit einem Worte, ob das Pilocarpin nicht ebenso wie alle schweisstreibenden Mittel wirkt, von denen wir wissen, dass sie nur die Rolle der lauwarmen Bäder übernehmen, ohne sie deshalb in ihrer Wirkung zu erreichen. Zur Beantwortung dieser Frage wurden deshalb den früheren möglichst gleichartige 10 Fälle in der Weise behandelt, dass ihnen das Pilocarpinum muriaticum in derselben Gabe verabfolgt wurde, ohne dass gleichzeitig eine Einwicklung im Bette erfolgte.

Das Resultat dieser Versuchsreihe war jedoch dasselbe, wie das der früheren. Auch hier war als erstes günstiges Symptom, das sich allerdings etwas später einstellte, das Aufhören des Juckens und damit Schritt haltend die Rückbildung der xerodermatischen und pachydermatischen Zustände der erkrankten Hautpartien erkennbar. Da unter solchen Umständen eine profuse Schweisssecretion nicht stattfand, überdies die reichlichere Schweisssecretion viel kürzere Zeit andauerte, konnte von einer Einwirkung des aus den gesunden Hautstellen an die Oberfläche gesetzten Schweisses in der Art einer Macerationswirkung auf die pruriginösen Theile nicht die Rede sein und musste deshalb die Veränderung an den pruriginösen Stellen dem directen Einflusse des Pilocarpins auf die kranke Haut zugeschrieben werden.

Nach diesen Ergebnissen konnte ich darangehen, eine combinirte Behandlung einzuleiten; ich konnte zu der Anwendung des Pilocarpins gleichzeitig die bisher günstig wirkenden örtlichen Verfahrungsweisen hinzugesellen und durfte erwarten, damit den zeitlichen Erfolg wesentlich zu steigern. In dieser Erwartung wurde ich nicht getäuscht. In einer dritten Reihe von 12 Fällen wurde neben der Anwendung von Pilocarpinum muriaticum in gleicher Gabe wie bei den früher angeführten Versuchen auch noch neben täglichen Seifenbädern theils Solut. Vlemingkx (4 Fälle), theils Theereinreibung (3 Fälle), theils Glycerinamylum (5 Fälle) und Einwicklung in Decken unmittelbar nach der Einverleibung des Pilocarpins in Anwendung gezogen. Unter solchen Verhältnissen schwanden die örtlichen Symptome sehr rasch, die Haut erreichte ihre Geschmeidigkeit viel schneller, das Jucken hingegen war nicht rascher behoben, denn sowie das Verfahren in der ersten Zeit durch einige Tage unterbrochen wurde, trat es in der-

selben Intensität auf, wie bei gleicher Behandlungszeit mit Pilocarpin allein.

Es steht somit fest, dass das Pilocarpin eine entschiedene Wirkung auf die pruriginöse Haut ausübt, indem es deren functionelle Thätigkeit, insbesondere die secretorische, und zwar sowohl der Schweissdrüsen als auch der Talgdrüsen steigert und durch Erhöhung des Stoffwechsels die Aufsaugung der in die Haut gesetzten Exsudate befördert. Bezüglich der Beeinflussung der Talgdrüsensecretion verweise ich auf die weiter unten folgenden Beobachtungen bei Alopecia pityrodes.

Die wichtigste Frage, die nun in Betracht kam, war die bezüglich der Dauerhaftigkeit der Heilung. Die Beantwortung dieser Frage konnte aber nur nach einer langen Beobachtungszeit geschehen, und dies war der Grund, weshalb ich mit meiner Publication bis heute zurückgehalten habe.

Ueber 9 Fälle konnte ich nach ihrer Entlassung keine Kunde erhalten.

Bei allen nun erübrigenden 23 Fällen traten im Verlaufe des auf $1^1/_2$ Jahr sich erstreckenden Beobachtungszeit Recidiven auf. Die längste Ruhepause dauerte 13 Monate, die kürzeste 4 Monate. Keine der eingetretenen Recidiven hatte jedoch die Intensität der früheren Erkrankung erreicht und stimmte es vollständig mit den Angaben der Kranken, dass sie erst seit Kurzem wieder pruriginöse Erscheinungen an sich wahrgenommen haben. In dieser Richtung gaben 12 Fälle, welche schon wiederholt auf der Klinik in Behandlung waren, die wir also bezüglich der Zeit des Auftretens und der Intensität ihrer Recidiven beurtheilen konnten, ein günstiges Vergleichsobject mit den Verhältnissen nach der Pilocarpinbehandlung. Es ergab sich, dass die Recidive um mehrere Wochen, selbst Monate gegen früher hinausgeschoben war, und dass die Krankheit in keinem Falle die frühere Intensität erreichte. In zwei Fällen waren die Kranken nach 4 und 7 Monaten wegen inzwischen erfolgter syphilitischer Infection auf die Klinik aufgenommen worden und waren von ihrer Prurigo zur Zeit so wenig belästigt, dass wir sie erst auf die wieder eingetretene Recidive aufmerksam machen mussten.

Es ergibt sich aus dem Vorstehenden, dass zwar das Pilocarpin keine vollständige Heilung der Prurigo herbeigeführt hat,

dass es aber einen wesentlich günstigeren Effect zu erzielen im Stande war, als dies mit der rein örtlichen Behandlung geschieht. Weitere Versuche sollen uns lehren, ob nicht eine noch längere Zeit fortgesetzte Darreichung des Mittels eine noch dauerndere Beseitigung der Krankheit herbeizuführen geeignet ist, ob nicht die weiteren Recidiven immer geringfügiger werden, um endlich gänzlich zu erlöschen.

Pilocarpin bei Psoriasis.

Bei Beurtheilung der Heilwirkung eines Mittels gegen Psoriasis kommen zwei Momente wesentlich in Betracht. Einmal, dass die Krankheit einer spontanen Involution fähig ist, und zweitens, dass Bäder insbesondere Warmwasserbäder ein hervorragendes Mittel sind zur Beseitigung der augenblicklich vorhandenen Symptome. Letztere müssen daher entweder gänzlich vermieden oder doch wesentlich in Rechnung gebracht werden, wenn man nicht einer Täuschung ausgesetzt sein soll, ebenso wird der zeitliche Erfolg wesentlich davon abhängen, ob man einen Krankheitsfall in der vorschreitenden oder rückschreitenden Phase der Psoriasis zum Versuchsobjecte gewählt hat.

Nachdem sich nun bei sechs Fällen, von denen drei der ersten Periode, drei der rückschreitenden Periode der Psoriasis angehörten, bei ausschliesslicher mehrwöchentlicher (5—8 Wochen) Anwendung des Pilocarpinum muriaticum zu 0·01 pro dosi 2mal des Tages ohne irgend welche anderweitig störende Medication keine vom spontanen Verlaufe abweichende Momente hinsichtlich der Involution der Psoriasisflecke ergeben haben, konnte als feststehend betrachtet werden, dass es auch nicht geeignet ist, die bisher angewandten Mittel in ihrer Wirkung zu unterstützen. Und in der That hat eine gleichzeitige Anwendung des Pilocarpin und der als wirksam bekannten topischen Mittel keine anderen Resultate ergeben, als die alleinige Anwendung der letzteren.

Es erübrigte also noch zu erproben, ob das Pilocarpin bei seiner notorischen Beeinflussung der functionellen Hautthätigkeit nicht im Stande wäre, die Recidiven der Psoriasis hintanzuhalten oder doch wenigstens hinauszuschieben. Zu diesem Zwecke wurde das Pilocarpin in den genannten Fällen und ausserdem noch bei 19 weiteren, daher im Ganzen bei 25 Psoriatikern nicht allein

während der Behandlung der eben vorhandenen Krankheitssymptome, sondern noch über diese Zeit hinaus, nachdem alle örtlichen Symptome geschwunden waren, im Mittel durch 6 Wochen verabfolgt. Leider müssen wir berichten, dass die Recidive noch während des Gebrauches des Mittels eintrat und dass in solchen Fällen auch die Steigerung der Dosis auf 0·02 keine Aenderung in der Entwicklung und dem weiteren Verlaufe herbeizuführen geeignet war.

Pilocarpin bei Eczem.

Die Wirkung des Pilocarpins bei Eczem erwies sich bei verschiedenen Formen wesentlich verschieden. In drei Fällen von Eczem des Gesichtes, das sich im Stadium des Nässens befand, übte es einen nachtheiligen Einfluss. Das Nässen wurde immer stärker und der Process gewann an Ausdehnung sowohl an der Peripherie der schon erkrankten Hautstellen, als auch durch eczematöse Erkrankung anderer, von den früheren weitabliegenden Stellen, besonders solcher, an denen eine stärkere Schweisssecretion hervorgerufen wurde, so besonders an der Schenkelfalte und an der inneren Schenkelfläche. Dieselben nachtheiligen Folgen sahen wir bei zwei Fällen von universellem acutem Eczem eintreten, das unter Anwendung von Streupulvern schon abgeblasst war und nur noch leichte Abschuppung darbot. Nachdem die Kranken zwei bis drei subcutane Pilocarpininjectionen erhalten hatten, entstand unter der Einwirkung des Schwitzens neuerdings Nässen. Diese übrigens nicht unerwarteten Ergebnisse, welche nur die Erfahrung bestätigten, dass in derlei Formen jede Maceration durch Bäder, Waschungen etc. nachtheilig wirkt, veranlassten mich, weitere Versuche nach dieser Richtung zu unterlassen, und die Anwendung des Pilocarpins auf solche chronische Fälle zu beschränken, welche nach Ablauf der ersten Stadien mit mehr oder weniger starker Verdickung des Corions sowie gewöhnlich mit bedeutendem Jucken einhergehen und sich als äusserst hartnäckig erweisen. Hier leistete das Pilocarpin vorzügliche Dienste, indem sich unter seiner Anwendung das Jucken wesentlich milderte und die Infiltration der Haut viel rascher zurückbildete. Drei Fälle von Eczema haemorrhoidale kamen auf diese Weise zu

vollständiger Heilung, nachdem sie früher durch Jahre jeder anderen Behandlung getrotzt hatten.

Dennoch gestatte ich mir bezüglich der Pilocarpinbehandlung bei Eczemen kein endgiltiges Urtheil, indem ich mir eine weitere Prüfung vorbehalte.

Pilocarpin bei Pruritus cutaneus.

Meine Erfahrungen über den Einfluss des Pilocarpins bei Pruritus cutaneus beziehen sich vorläufig auf nachfolgende vier Fälle. In zwei Fällen von Pruritus senilis wurde Heilung erzielt.

Diese zwei Fälle betrafen Männer von 65 und 72 Jahren, bei welchen die Krankheit eine universelle Ausbreitung gewonnen und seit mehr als zwei Jahren mit allmälig zunehmender In- und Extensität bestanden hatte. Nachdem vergeblich verschiedene Mittel innerlich und äusserlich angewandt worden waren, unter denen sich das Tragen des Kautschukkleides und kalte Bäder noch am wirksamsten erwiesen hatten, erzielten wir schon nach den ersten subcutanen Injectionen von Pilocarpinum muriaticum (0·02 pro dosi) eine derartige Milderung des Juckens während der folgenden Nacht, dass die Kranken mehrere Stunden ruhigen Schlafes genossen haben. Gegen Morgen stellte sich das Jucken wieder ein, war im Laufe des Tages bei Bewegung des Kranken im Freien erträglich, um Abends neuerlich in der früheren Heftigkeit aufzutreten. Die subcutane Pilocarpininjection verschaffte dem Kranken wieder wesentliche Erleichterung, so dass auch während der nächsten Nacht durch mehrere Stunden ruhiger Schlaf sich einstellte. Da das Jucken des Morgens wieder eintrat, wurden weiterhin Injectionen 2mal des Tages vorgenommen. Der Effect war jedesmal der, dass das Jucken für einen Zeitraum von mehreren Stunden gänzlich aufhörte oder doch bedeutend verringert wurde. Die Therapie wurde nun in gleicher Weise durch 14 Tage fortgesetzt, während welcher Zeit die Ruhepausen immer länger wurden, so dass von jetzt an wieder nur Abends Injectionen gemacht werden konnten. Die Kranken hatten sich physisch und moralisch wesentlich gekräftigt, obwohl in dem einen Falle fast nach jeder Injection Uebelkeiten und Brechneigung erfolgten. Nach Verlauf von weiteren 4 und 6 Wochen, nachdem die Kranken durch 8 Tage keine Injectionen mehr erhalten hatten, wurden sie

aus der Behandlung entlassen. Bezüglich des einen Kranken, eines 72jährigen Lederhändlers habe ich erfahren, dass er sich bis etwa ein Jahr nach seiner Entlassung vollkommen wohl gefühlt habe und an einer angeblich durch Erkältung entstandenen, rasch verlaufenen Pneumonie gestorben sei. Der zweite Kranke, ein pensionirter Beamter ist bis heute, 20 Monate nach seiner Entlassung, von Pruritus vollkommen verschont geblieben.

Leider gilt nicht dasselbe von einem dritten Falle, einem 60 Jahre alten Schullehrer, bei welchem der nunmehr universelle Pruritus vom Scrotum ausgegangen ist. Zwar hat das Pilocarpinum muriaticum anfangs durch einen Zeitraum von drei Wochen die Krankheitssymptome wesentlich gemildert, hat sich aber von da an trotz äusserster Consequenz des Kranken, der das Mittel innerlich wiederholt durch mehr als 6 Wochen genommen hat, als wirkungslos erwiesen.

Wesentlich günstigen Erfolg erzielten wir bei einer Frau, die nach der letzten Entbindung an Pruritus vulvae. zu leiden begann und vier Monate später in Behandlung kam: Wir fanden starkes Oedem der Labien, bedeutende Kratzeffecte sowie Erosionen am Scheideneingange und um das Orificium urethrae. Mässige, schleimig eitrige Secretion der Vagina und des Cervicalkanales, Muttermund quergestellt, erodirt, gekerbt, Schleimhaut der Portio mit zahlreichen punktförmigen Erosionen versehen. Keine Albuminurie.

Patientin bekam zunächst kalte Sitzbäder, Einlage von Alauntamponen, abwechselnd mit Tanninglycerintamponen und an die Labien eine Lethargyronsalbe. Während des Bades und einige Zeit nach der Application der Salbe hatte Patientin Ruhe, die jedoch nicht lange anhielt. Während der Nacht riss Patientin den Verband ab und verursachte sich intensive Kratzeffecte. Nun wurden zweimal des Tages im Bette je 0·01 Gr. Pilocarpinum muriaticum subcutan injicirt, nach welchen ausgiebige Speichel- und Schweisssecretion erfolgte. Schon nach vier Tagen war wesentliche Erleichterung eingetreten, Tags über war das Jucken minimal und auch des Nachts wesentlich gemildert, so dass Patientin mehrere Stunden ununterbrochen schlafen konnte. Unter fortwährender Besserung der örtlichen Erscheinungen, die nun auch auf das Allgemeinbefinden und die Gemüthsstimmung der Frau

günstig einwirkte, wurde die Patientin nach drei Wochen geheilt entlassen.

Pilocarpin bei Urticaria chronica.

Ich verfüge vorläufig nur über einen Fall, den ich indessen anführe, damit die Aufmerksamkeit auch auf diese Krankheit gerichtet werde.

P. N., 45 Jahre alt, Seelsorger, war mit 15 Jahren an Intermittens, mit 16 Jahren an Varicella erkrankt, seitdem bis October 1871 gesund gewesen. Zu dieser Zeit wurde er von einem Sträfling angefallen und erhielt einen Stich mit einem stumpfen Messer hinter dem rechten Ohre, verbunden mit einem heftigen Schlage an derselben Stelle. Es trat Bewusstlosigkeit ein, die jedoch bald vorüberging. Der Knochen soll nicht verletzt gewesen sein; die Stichwunde heilte bald. Seither leidet Patient, dessen amtliche Thätigkeit eine sehr angestrengte ist, häufig an Kopfschmerzen. Seit 6 Wochen zeigt sich wiederholt ohne bestimmte Veranlassung unter heftigem Jucken am ganzen Körper plötzlich ein quaddelförmiges Exanthem, das sich sehr rasch auf gerötheter Basis entwickelt und nach kurzer Zeit wieder spurlos verschwindet. In letzter Zeit erscheint das Exanthem vorzüglich im Gesichte und an den Extremitäten, besonders den unteren, wobei starkes Oedem der betroffenen Theile entsteht. Patient leidet an Schlaflosigkeit, die er hauptsächlich dem quälenden Jucken und Brennen beim Ausbruch des Exanthems, das in der Nacht besonders stark auftritt, zuschreibt. Seit 8 Tagen haben sich die Erscheinungen wesentlich gesteigert, das Exanthem hat an Intensität und Extensität zugenommen, es tritt unter Frösteln mit nachfolgendem Hitzegefühl auf, der Appetit liegt ganz darnieder.

Patient ist kräftig gebaut, gut genährt, Hautfarbe blass, Pupillen gleich weit, lebhaft auf Lichtreiz reagirend. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Abnormes, die Milz ist nicht vergrössert, die Leber nicht geschwellt, der Stuhlgang normal. Im Harn ist kein Eiweiss. Die Sensibilität der Haut nicht alterirt. Während der Kranke den Körper entblösst, wird die Haut am rechten Vorderarm und am linken Unterschenkel fleckenförmig geröthet, es entstehen grosse Quaddeln, dabei schwellen die Theile derart, dass Patient die Fussbekleidung nur mit grosser Mühe wieder anziehen kann. Anfangs ist Jucken dann Brennen vorhanden.

Nachdem verschiedene Mittel (auch Tinct. Fowleri) erfolglos angewendet wurden, verordnete ich örtlich, bei Vermeidung jeder Waschung, Einstreuungen von Amylum und Pulv. alum. plumos. āā und innerlich 2mal des Tages 10 Tropfen einer 1%igen Lösung von Pilocarpinum muriaticum. Die Gabe erwies sich stark genug, um Abends, wo die Tropfen im Bette genommen wurden, erhebliche Schweisssecretion und öfters so bedeutenden Speichelfluss zu erzeugen, dass Patient, der gewöhnlich bald nach dem Einnehmen einschlief, beim Erwachen den Kopfpolster vom Speichel durchnässt fand. Sofort traten die Erscheinungen viel seltener und nie mehr mit so starkem Oedem auf. Patient konnte nun ruhiger schlafen; sein Appetit nahm zu. Nach acht Tagen blieben die Erscheinungen aus und sind seither (2 Monate) nicht wiedergekommen.

Pilocarpin bei Alopecia areata, Trichoptilosis barbae, Alopecia pityrodes.

Die im Verlaufe der Versuche mit Pilocarpin wiederholt gemachte Beobachtung, dass nach längerem Gebrauche des Mittels die Haut im Allgemeinen weicher, geschmeidiger und besser eingeölt erscheint, dass an den Stellen, wo Talgdrüsen zahlreicher vorkommen und mächtiger entwickelt sind, wie besonders am Sulcus glandis und an den Schamlippen, eine reichlichere Sebumabsonderung nachgewiesen werden konnte, endlich die Beobachtung, dass unter diesen Verhältnissen ein üppigeres Wachsthum der Haare auftrat, mussten dazu aufmuntern, das Pilocarpin bei den oben angeführten Krankheiten anzuwenden.

Ich habe deshalb in vier Fällen von Alopecia areata, in einem Falle von Trichoptilosis barbae das Pilocarpin in kleinen Dosen zu 0·005—0·010 ein- bis zweimal des Tages verordnet. — In einem Falle bei einem 7/4 Jahre alten Knaben, der mit starkem, dunkelpigmentirtem Haarwuchs zur Welt kam, erfolgte nach Ausfall der Haare in den ersten Lebensmonaten kein Nachwuchs, so dass das Kind mit 5 Monaten vollkommen kahl wurde. Die anamnestischen Daten ergaben, dass die Mutter, 27 Jahre alt, bereits starke Canities darbot, dass der Grossvater mütterlicher Seite mit 30 Jahren vollkommen ergraut war. Da die Untersuchung des Kindes das Vorhandensein wenn auch sehr spärlicher Wollhaare ergab, glaubte ich dennoch neben örtlichen, spi-

rituösen Waschungen das Pilocarpin versuchen zu sollen. Dasselbe wurde mit geringen Unterbrechungen durch volle 6 Monate angewendet. Leider bisher ohne den gewünschten Erfolg.

Ein zweiter Fall betraf Herrn K., Advocaten in Prag, mit Alopecia areata capillitii et barbae. In diesem Falle waren hereditäre Verhältnisse nicht nachweisbar. Patient hatte bis vor 6 Monaten einen reichlichen Haarwuchs am Kopfe und trug einen Vollbart. Zu dieser Zeit sind die Haare zuerst an der rechten Seite des Bartes in kreuzergrossen, anfangs isolirten Flecken ausgefallen, später confluirten die Flecke zu mehr als thalergrossen, kahlen Stellen, und da sich inzwischen auch allmälig an den homologen Stellen der linken Seite dieselben Erscheinungen herausbildeten, sah sich der Kranke veranlasst, den Bart zu rasiren. Ebenso entwickelten sich kahle Stellen am Kopfe, zuerst rechts hinter der Ohrmuschel, dann links an der symmetrisch gelegenen Stelle, endlich an mehreren Punkten in der Umgebung dieser Stellen. In diesem Falle wurde durch 12 Wochen Pilocarpinum muriaticum 2mal des Tages zu 0·01 pro dosi innerlich in Tropfenform angewendet. Nach 14 Tagen reichliche Entwicklung pigmentloser Wollhaare, die im weiteren Verlaufe zu kräftigen pigmentirten Haaren hervorwachsen. Im Verlaufe der Kur wurde das Mittel nach Verlauf von je 3 Wochen für 8 Tage ausgesetzt, weil sich die secretorische Wirkung verminderte.

Ein dritter Fall betraf einen Schullehrer vom Lande, der mit Alopecia areata barbae in Behandlung kam. Auch in diesem Falle ist ein ähnlicher Verlauf zu notiren, doch nahm hier die Restitution einen Zeitraum von 5 Monaten in Anspruch.

Da es bei Alopecia areata nach längerem Bestande auch zur spontanen Involution der Krankheitserscheinungen kommt, nehme ich Anstand, dem Pilocarpin allein die Heilung dieser Fälle zuzuschreiben.

Noch weniger günstig muss ich mich über die Anwendung des Pilocarpins bei Trichoptilosis aussprechen. Der Fall betraf einen sonst gesunden, kräftigen Fabriksdirector und war die Ptilosis blos auf die Haare der Oberlippe beschränkt. Trotzdem das Pilocarpin in diesem Falle öfters schon in der Gabe von 0·005 pro dosi Kopfschmerzen hervorrief, wurde es doch mit geringen

Unterbrechungen durch nahe 3 Monate genommen, ohne einen Nutzen zu bringen.

Günstiger gestalteten sich die Erfolge bei Alopecia pityrodes.

In 10 Fällen von Alopecia wurde übereinstimmend notirt, dass zuerst die Schuppen einen anderen Charakter annahmen. Sie wurden grösser, minder bröcklig, von öliger Beschaffenheit. Die Menge der Schuppen nahm stetig ab, die Haare erschienen nicht mehr bestäubt. Der Haarausfall wurde geringer, der Nachwuchs kräftiger und gehörig pigmentirt.

Ich habe die Ansicht gewonnen, dass wo die Krankheit nicht einen hohen Grad erreicht hat und nicht auf hereditärer Grundlage beruht, die Pilocarpinbehandlung dauernden Erfolg zu erzeugen im Stande ist. Die Fälle von Schmitz (Berl. klin. Wochenschrift 1879. 4) sind wohl auch Fälle von Alopecia pityrodes gewesen.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

---

1. **Moleschott.** Ueber das Wachsthum der Haargebilde des menschlichen Körpers und die damit verbundene Stickstoffausgabe. (Unters. zur Naturlehre XII. S. 187. — Ctlbl. f. Med. Nr. 49, 1879.)
2. **Drosdoff.** Ueber die Dicke der Epidermis an verschiedenen Hautstellen und ihre Beziehung zu der elektrocutanen Sensibilität. (Arch. de Physiol. S. 117. 1879. — Centralbl. f. Med. Nr. 2. 1880.)
3. **Drosdoff.** Untersuchungen über die elektrische Reizbarkeit der Haut bei Gesunden und Kranken. (Arch. f. Psych. IX. S. 203. 1879. — Ctlbl. f. Med. 3, 1880.)
4. **Tschirjew u. de Watteville.** Ueber die elektrische Erregbarkeit der Haut. (Brain, Juli 1879.)
5. **Pfleger.** Untersuchungen über die Wärmeabgabe der Haut im normalen und krankhaften Zustande. (Diss. Greifswald 1879. — Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 37. 1879.)
6. **Trümpy** und **Luchsinger.** Besitzt normaler menschlicher Schweiss wirklich saure Reaction? (Pflüger's Arch. Bd. 18. p. 494. — Deutsch. med. Woch. 45. 1879.)

Moleschott's Untersuchungen über das Wachsthum der Haargebilde (**1**) ergaben Aufschlüsse über folgende Punkte:

1. Ueber das in der Zeiteinheit erzeugte Gewicht an Kopf- und Barthaaren. Bei häufigem Beschneiden der Haare fand der Verf. durch über ein Jahr ausgedehnte Beobachtung an 11 Personen eine Production von im Maximum 0,28, im Minimum 0,14, im Mittel 0,20 Grm. täglich. Der Wassergehalt der Haare beträgt durchschnittlich 13,14%. Der Stickstoffverlust auf diesem Wege beträgt somit 0,0287 Grm. = 0,0615 Harnstoff.

2. Ueber das Wachsthum der Haare im Verhältniss zum Lebensalter und zum Gewicht des Individuums. Das tägliche Wachsthum ist zwischen 18 und 26 Jahren im Mittel 0,20 Grm., zwischen 32 und 45 Jahren dagegen nur 0,14. Mit dem grösseren Körpergewicht ist eine geringere Haarproduction verbunden, doch fiel das grössere Körpergewicht immer mit dem höheren Lebensalter zusammen.

3. Ueber den Einfluss der Jahreszeit wurde festgestellt, dass die Haarproduction im Sommer stärker sei, als im Winter. Die Haare haben im Sommer zwar einen höheren Wassergehalt, doch erklärt dieser den wesentlichen Unterschied nur zum kleinsten Theil.

4. Ueber den Einfluss der Häufigkeit des Haarschneidens auf den Haarwuchs ermittelte Verf., dass die geläufige Anschauung, wonach ein häufiges Verkürzen die Production fördere, richtig ist.

5. Ueber das Wachsthum der Nägel. Im Laufe eines Jahres producirte Verf. an seinen Händen 1,825 Grm., entsprechend 0,267 Stickstoff oder 0,572 Harnstoff; in einem anderen Jahre 2,086 Grm. Nagelsubstanz = 0,315 Stickstoff. Auch das Wachsthum der Nägel erfolgt im Sommer schneller.

6. Ueber die Erzeugung der Oberhaut. Nach einem Furunkel an der Volarseite des Fingers löste sich beim Verf. ein Oberhautlappen ab, der 75 □Mm. bedeckte, 0,125 Mm. dick war und 0,0227 Grm. wog. Der Verlust war in 34 Tagen vollständig ersetzt. Die Körperoberfläche beträgt im Mittel 1,614 □M. Nimmt man an, dass auf dieser ganzen Oberfläche sich die Oberhaut in der Dicke von 0,125 Mm. im Laufe von 34 Tagen erneuerte, so gelangt man zu einem täglichen Verlust von 14,35 Hornsubstanz durch die unmerkliche (? Ref.) Oberhautabschuppung. Die Quantität entspricht 2,1 Grm. Stickstoff — 4,5 Grm. Harnstoff. (Der Wiederersatz der in Folge eines pathologischen Processes abgestossenen Epidermis kann wohl nicht für physiologische Verhältnisse massgebend sein. A.)

7. Ueber den Einfluss der Krankheit auf die Erzeugung der Horngebilde. Verf. litt 3 Wochen an Blasenkatarrh, während dieses Monates war die Production von Haaren und Nägeln verringert.

8. In der Schlussbetrachtung weist Verf. namentlich nochmals darauf hin, dass durch die Abstossung der Horngebilde täglich $^1/_7$ des Stickstoffs, der sich im Harn findet, entfernt wird.

In dem Bestreben, die Differenzen in der Dicke der Epidermis (2) an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche mit physiologischen Gesichtspunkten und den Ergebnissen der Untersuchung über elektrocutane Hautsensibilität zu vergleichen, behandelte Drosdoff kleine der Haut Erwachsener und Kinder entnommene Hautstücke mit Osmiumsäure. Dabei verlieren die Papillen ihre natürliche Farbe nicht, das Stratum mucosum nimmt eine gelbliche Tinction an, die Hornschicht schwärzt sich. Horn- und Schleimschicht wurden besonders gemessen und zwar sowohl im Niveau der Papillen, als auch zwischen ihnen, und das Maximum wie das Minimum wurde dann für alle Körperregionen aufgesucht. — Die Dicke der Hornschicht auf den Papillen wechselt nur wenig an den verschiedenen Körperstellen (21—22 μ), mit Ausnahme der Fingerspitzen, der Hohlhand und der Sohle (0·8—1·8 Mm.); im interpapillären Raume beträgt sie 25—60 μ, an den Fingerspitzen 1·5 Mm., an Fusssohle und Hohlhand bis zu 1 Mm. Die Schleimschicht ist im Allgemeinen $1^1/_2$mal dicker als die Hornschicht, meist 25—48 μ, zwischen den Papillen ist sie oft $1^1/_2$—3—5mal dicker als die Hornschicht. — Die Unterschiede in der Dicke der Epidermis im Ganzen sind gering und hängen meist vom Stratum mucosum ab; die der Hohlhand, der Fusssohle und der Fingerspitzen aber mehr von den Verschiedenheiten der Hornschicht. Die Dicke der Epidermis ist auf der Papillenhöhe an den meisten Körperstellen 0·05—0·1 Mm., im Interpapillarraum 0·06 bis 0·15 Mm.; da wo die Hornschicht sehr dick ist, beträgt sie 0·28 Mm., an den Fingerspitzen 0·8—1·56 Mm., in der Hohlhand und an den Sohlen 0·6—1·5 Mm. Die absolute Dicke variirt je nach den Individuen, die relative bleibt immer dieselbe. — Da die Epidermisdicke auf der ganzen Körperoberfläche nicht nennenswerthe Variationen zeigt, so kann sie nach D. bei den Unterschieden der elektrocutanen Sensibilität keine besondere Rolle spielen (an den Fingerspitzen z. B. ist die Epidermis dicker, als in der Hohlhand und doch die elektrocutane Sensibilität grösser) und ebenso oft findet sich nach Verf. auch keine Uebereinstimmung in dem Verhältniss der Epidermisdicke und dem Leitungswiderstand. Weitere Untersuchungen müssen diese Fragen und Widersprüche zur endgiltigen Entscheidung bringen.

Drosdoff theilt ferner (3) seine im Wesentlichen mit Benutzung des Untersuchungsverfahrens von Leyden und Bernhardt gemach-

ten Beobachtungen über elektrische Reizbarkeit der Haut an Gesunden mit. (Inductionsstrom, Anode mit lauwarmem Wasser angefeuchtet auf das Brustbein, Kathode mit dem Metallpinsel verbunden auf die zu untersuchenden Hautstellen.) Die elektrischen Widerstände der Epidermis wurden durch galvanometrische Messungen nach der Erb'schen Methode bestimmt. Wie die anderen Autoren fand auch D. die Hautsensibilität an verschiedenen Körperstellen sehr verschieden; er unterscheidet zehn Hautregionen, an denen in bestimmter Reihenfolge die Abnahme der Intensität von der ersten an beobachtet werden kann: Antlitz-, Hals-, Oberarm-, Vorderarmzone, vordere Rumpffläche, Oberschenkel-, Rücken-, Unterschenkel-, Handzone, Fusssohle und untere Zehenfläche. Als ein Hauptergebniss seiner Forschung stellt D. den Satz auf, dass die verschiedene Sensibilität nicht durch den Widerstand der Epidermis, sondern durch den verschiedenen Grad der Erregbarkeit der Hautnerven selbst bedingt werde.

Bei Tabischen fand Verf. die faradische Hauterregbarkeit am ganzen Körper bedeutend herabgesetzt, ohne dass diese Verminderung mit den ataktischen Erscheinungen parallel ginge. Die Grenzen der elektrischen Zonen werden verwischt; die Differenz des Rollenabstandes aber zwischen leichten und Schmerzempfindungen war meist bei Tabikern nicht viel grösser, als bei Gesunden. Schmerzhafte Hyperästhesien (das Zusammenfallen minimaler mit Schmerzempfindung) fand sich an einzelnen Stellen ohne Regelmässigkeit. Die Leitungswiderstände waren übrigens bei manchen Tabischen bedeutend gesteigert. Das von Remak (Ctlbl. f. Med. 1874, S. 783) hervorgehobene Phänomen der zeitlichen Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Tabischen ist nach D. nichts weiter, als eine besondere Variation der gestörten Schmerzempfindung der Haut. Diese Schmerzempfindung der Haut für den elektrischen Reiz hält Verf. für eine specifische, von anderen Hautempfindungen zu trennende, da sie sich bei Rheumatikern und Tabikern noch vorfinden kann, wenn andere Empfindungsqualitäten schon verloren gegangen sind; er benennt sie die „specifisch elektro-cutane Empfindung".

Nach der Ansicht von Tschirjew und de Watteville (4) prüft die Methode von Munk und Leyden die Sensibilität der Haut für den elektrischen Reiz als ein Ganzes, kann aber Nichts über die Sensibilitätsverhältnisse der Hautnerven selbst aussagen.

Bei derartigen Untersuchungen hat man sich zunächst von dem Umstande unabhängig zu machen, dass die wechselnde Dicke der Epidermis die Stärke des Stromes an den verschiedenen Hautstellen modificirt. Vff. fügen deshalb der Leitung eine solche Summe von Widerständen ein, dass der durch die verschiedene Dicke der Oberhaut bedingte bedeutungslos wird. So werden Widerstände von 2 Millionen Ohm'scher Einheiten (97 Ohms = 1 Siemens) in Gebrauch gezogen, denen gegenüber selbst die bedeutendsten Hautwiderstände (50.000 bis 60.000 Ohm's z. B. für die Fingerspitzen, 50—80.000 für die Fusssohle) klein genannt werden dürfen. Zweitens suchten Verff. den Einfluss des wechselnden Nervenreichthums an den verschiedenen Hautstellen dadurch zu eliminiren, dass sie die Haut durch eine constante Anzahl metallischer, von einander isolirter Spitzen, welche in ganz bestimmter Anordnung eine sich stets gleichbleibende Oberfläche einnahmen, reizten. Auf diese Weise gelangten die Verfasser zu dem Resultat, dass die elektrische Erregbarkeit der Hautnerven überall am Körper dieselbe sei.

Pfleger suchte (5) die Wärmeabgabe der Haut mittelst einer Thermosäule aus Zink-Wismuth, deren Enden nicht der Haut unmittelbar aufgesetzt wurden, sondern etwa 0·75 Ctm. von ihr entfernt blieben, zu bestimmen. An dem Strom anzeigenden Galvanometer entsprach ein Theilstrich ungefähr 1° C. Es ergab sich zunächst, dass bei gleicher Versuchsdauer (ca. 2 Min.) die verschiedenen Hautstellen verschieden stark die Galvanometernadel ablenkten, am wenigsten die Haut über der Kniescheibe (4—7), am meisten die Reg. supra- und infraspinata (14—17), Herzgegend, Wange etc. Die Hautstellen, welche dicht über Muskeln liegen, zeigten immer die stärkste Wärmeabgabe. Künstliche Blutleere (durch Constriction oder bei Thieren durch Arterienunterbindung bewirkt) setzte die Wärmeabgabe herab, ähnlich verhielt es sich bei Gangraena senilis am linken Bein im Gegensatz zum gesunden rechten. Dasselbe, nämlich verminderte Abgabe, wurde nach Einwirkung von Carbolverband und von Wasserumschlägen beobachtet; ferner in und gleich nach der Chloroformnarcose. Erhöht wurde die Abgabe durch die Bewegungen der Muskeln unterhalb der geprüften Hautstelle.

Ueber entzündeten Stellen war die Wärmeabgabe stärker, als über den symmetrischen gesunden Stellen. Endlich bei fiebernden

Menschen und Thieren war trotz der erhöhten Innentemperatur die Wärmeabgabe an verschiedenen Hautstellen häufig vermindert, seltener normal und noch seltener erhöht.

Da Luchsinger den Schweiss der Katzenpfote von alkalischer Reaction gefunden hatte, prüfte er im Vereine mit Trümpy (6) auch den menschlichen Schweiss noch einmal auf seine Reaction. — Fährt man sich mit einem Stückchen Lackmuspapier über die Haut der Stirn, Nase, Brust, Arme etc., so zeigt sich das Papier, auch bei fehlender Schweisssecretion, stets lebhaft geröthet. Das Secret der Talgdrüsen ist also regelmässig, oder besser gesagt, wird regelmässig sauer durch die Zersetzung des Fettes. Entfernt man daher das Fett durch sorgfältige Waschungen (mit Seife, verdünnter Essigsäure, Aether, Wasser), injicirt sich sofort nach der Waschung 0·01 Grm. Pilocarpin subcutan und prüft wie oben die Reaction des an der gereinigten Hautstelle abgesonderten Schweisses, so findet man dieselbe — abgesehen vielleicht von den allerersten Proben — regelmässig alkalisch; unterlässt man die Reinigung, so hält die anfänglich saure Reaction längere Zeit (10—15 Minuten) an, geht aber dann schliesslich ebenfalls in die alkalische über. Hiernach schliessen die Verfasser, dass der normale menschliche Schweiss alkalisch reagirt und nur durch das zersetzte Talgdrüsensecret die entgegengesetzte Reaction annimmt.

7. **Marcacci.** Ueber Dermatosen in Folge von Nervenläsionen. (Giorn. Ital. delle mal. ven. etc., Juni 1878.) —
8. **Blachez.** Derselbe Gegenstand. (Gaz. hebdom. Nr. 10. 1879.)
9. **Colomiatti.** Die Veränderungen der Hautnerven bei Eccem. (Gaz. delle Cliniche. Torino 1879, Nr. 29. — Chir. Ctlbl. Nr. 6, 1880.)
10. **F. J. Pick.** Ueber die Wirkung des Oleum Gynocardiae (Chaulmoogra Oil) bei Hautkrankheiten. (Prager medicin. Wochenschrift, Nr. 3, 1880.)
11. **Campana.** Ueber das Goa-Pulver bei einigen Hautkrankheiten. (Giorn. Internaz. delle Scienze Med. 1880.)

In zwei neueren Abhandlungen wird die Frage von den trophischen Störungen in der Haut nach Nervenläsionen erörtert. Jedoch lässt sich nicht behaupten, dass seit den Arbeiten

von Hamilton, Romberg, Baerensprung, Lasègne, Charcot, Samuel, Mitchell, Morehouse, Keen und Mougeot weitere Fortschritte von Bedeutung erzielt worden sind. Die Arbeit von Marcacci (7) theilt alle diese Affectionen a) in solche, welche von peripheren Nerven, b) von nervösen Centren, c) vom Sympathicus ausgehen. (Ob die dritte Gruppe überhaupt berechtigt ist, bezweifeln wir, trotz des Falles von Eczem mit Affection des Grenzstranges, welchen Marcacci geschildert hat [s. diese Vrtljhrschr. 1879, p. 136]. A.) Blachez (8) betont, dass die trophischen Störungen, welche als Folge von Verletzungen peripherer Nerven auftreten, entweder traumatische oder spontane sind, dass aber für die ersteren (traumatischen) eine fundamentale Unterscheidung zu machen ist, ohne welche verschiedene Widersprüche in scheinbar analogen Thatsachen nicht aufklärbar seien. Sie sind nämlich sehr verschieden, je nachdem die Nervenläsion in einer reinen und completen Durchschneidung, oder in einer Zerreissung, Contusion oder einer Wunde, die geeignet ist, im Nervenstrange eine heftige Reizung hervorzurufen, besteht. Im ersten Falle beobachte man nur die Folgeerscheinungen des Aufhörens der Innervation, im zweiten Falle erscheinen jene trophischen Störungen in der Haut, von denen Verf. handelt.

Diese trophischen Störungen manifestiren sich in: Erythemen, Atrophie der Drüsen und der Haare, Eczemen, Herpes Zoster und pemphigoiden Eruptionen. Am gewöhnlichsten ist das Erscheinen des Zoster als Ausdruck cutaner Störungen.

Wenn die nervösen Centren selbst afficirt sind, so treten die trophischen Veränderungen der Haut zuweilen sehr entfernt von der Stelle der nervösen Läsion auf; doch ist der wechselseitige Rapport kein so constanter, als jener bei Läsionen peripherer Nerven; oft treten Erkrankungen, insbesondere des Gehirns, ohne trophische Störungen in der Haut, auf.

Am häufigsten begegnet man den genannten trophischen Störungen bei Degeneration der Nervenstränge, die aus den hinteren Wurzeln stammen (Ataxie locomotrice). (Siehe hierüber Ausführliches bei Charcot: Leçons. A.)

Colomiatti traf (9) in allen (? A.) Fällen von Eczem, vorwiegend jedoch in den papulösen und papulo-squamösen Formen, namhafte Veränderungen der Hautnerven. Um dieselben herum waren stets

Anhäufungen von Bindegewebszellen, Schwellung und zuweilen auch Theilung der Endothelien der peri- und endonervösen Lymphräume, Wanderzellen in der Schwann'schen Scheide nachweisbar. Die Nervenfasern selbst befanden sich in einem embryonalen Zustande: es fehlte denselben die Markscheide und der Achsencylinder, und nur ein Strang ovaler Zellen mit stäbchenförmigen Kernen füllte die Schwann'sche Scheide aus; im selben Bündel sah man aber auch normale Fasern, deren Kerne jedoch geschwellt waren. In diesen Nervenbündeln und in deren Umgebung fand Vf. zerstreute freie Myelintropfen und Wanderzellen mit Myelintropfen in ihrem Protoplasma. Das Resultat seiner Untersuchungen war also: dass beim chronischen Eczem der grösste Theil der Nervenfasern der kranken Hautstelle sich in einem hohen Grade jener Degenerationsprocesse befinde, wie man ihn an durchschnittenen Nerven beobachten kann. — Weitere Forschungen liessen ihn eine gleiche Erkrankung der Nerven aber auch schon bei acutem und subacutem Eczem erkennen, und führten ihn zu dem Schlusse, dass die beschriebene Nervenerkrankung sehr früh beginne.

An Präparaten von ganz oder theilweise geheilten Eczemen waren die Nervenbündel zum grössten Theile regenerirt, die verschiedenen Stadien der Regeneration konnte aber C. nicht verfolgen. Er schliesst, das Eczem sei nur dann wirklich zu heilen, wenn die Regeneration der Hautnerven erfolge, was in leichten Fällen spontan eintrete, man aber in jedem Falle zu erzielen trachten müsse.

Das Gynocardia-Oel (Chaulmoogra Oil), von welchem in dieser Vierteljahresschrift schon wiederholt (1879 pag. 399 u. f.) die Rede war, ist von F. J. Pick (**10**) zu Heilversuchen verwendet worden. Es ist in den Samen von Gynocardia odorata R. Br., Chaulmoogra odorata Roxb. enthalten und wird aus denselben durch Auspressen gewonnen. Gynocardia odorata fam. Bixaceae, Pangieae, findet sich in den Wäldern der Malayischen Halbinsel und Hinterindiens nördlich bis Assam, dann sich ausdehnend am Fusse des Himalaya westlich bis Sikkim. Die Samen sind mandelförmig, abgerundet, dreikantig, haben eine braungelbe Schale und einen schwarzen Kern. Die Kerne schmecken ölig, würzig, erzeugen Kratzen im Halse, das lange Zeit anhält, und sollen bis 15 Percent des Chaulmoogra-Oels enthalten. Das fette Oel hat ein spec. Gewicht von 0·900, wodurch das Volumen dem Gewichte nahezu gleichkommt. Es stockt unter 21° C. und wird

bei ungefähr 32° C. vollkommen flüssig. Es stellt sodann eine gelbe, gelbrothe, klare ölige Flüssigkeit dar, von ähnlichem, aber viel ausgeprägterem Geschmacke wie die Samen. Dieses Oel, welches die wirksamen Bestandtheile des Samens enthalten soll, wird schon für den Gebrauch in Indien, noch mehr für den Export nach England verfälscht und dieser Umstand erklärt die grosse Differenz in den Angaben über seine Dosirung und erschwert die Beurtheilung seiner Wirkung. In die Pharmakopöe von Indien wurden sowohl die Samen als das Oel aufgenommen und als alterirendes, tonisches, in grossen Gaben emetisch wirkendes Mittel bezeichnet, das folgendermassen dosirt wird: Die Samen grob gepulvert 6 Gr. dreimal des Tags in Pillenform, welche Dosis nach und nach 3—4mal verstärkt wird. Erzeugt die Gabe Uebelkeiten, so wird sie verringert oder für einige Zeit ausgesetzt. Das Oel wird zu 5—6 Tropfen verabfolgt und nach und nach bis auf $^1/_2$ selbst 1 Drachme gesteigert wie beim Samen. Oel und Samen werden auch als örtliches Reizmittel angewendet. Officinell ist nach der Bengal-Pharmakopöe das Unguentum Gynocardiae: Die nöthige Menge Chaulmoogra-Samen wird enthülst und zu einer Paste gestossen, sodann mit so viel einfacher Salbe verrieben als zur passenden Consistenz erforderlich ist. Gewichtsmengen sind nicht angegeben. Im Appendix der Pharmakopöe von Indien ist die Bemerkung angefügt, dass Dr. B. N. Bose sehr günstig über Chaulmoogra berichtet und die Dosis bis auf eine Drachme gebracht habe, ohne eine üble Wirkung zu beobachten.

Das Oel wurde nun vom Verf. äusserlich entweder nach vorausgegangener Erwärmung in vollkommen flüssigem Zustande oder, da es am Körper sofort schmilzt, in seinem bei gewöhnlicher Temperatur halbfesten Zustande ohne jede Beimischung in die Haut eingerieben, oder endlich mit gleichen Theilen Axungia porci oder Vaseline in Salbenform auf Leinwand gestrichen auf die Haut applicirt. Eine einmalige Einreibung auf vorher gesunde Haut übt in der Regel gar keinen Einfluss, nur selten stellt sich ein leichtes Brennen oder Prickeln ein. Wird jedoch die Einreibung mehrmals und in kurzen Intervallen wiederholt, so entsteht ein artificielles Eczem. Wenn die Hornschichte zart oder macerirt oder gar abgängig ist, dann kommt es nach Anwendung des Mittels zu eitrigem Zerfall, der stellenweise zu beträchtlicher Ulceration Veranlassung gibt. Innerlich wurde das Oel in geschmolzenem Zustande in Tropfenform verabfolgt oder in

Gelatinkapseln eingeschlossen, in denen es sich bei gewöhnlicher Temperatur in halbfestem Zustande befindet, genommen. Zwanzig Tropfen erzeugen bei Erwachsenen mit gesunden Verdauungsorganen unangenehmen Geschmack im Munde und Kratzen im Rachen. Zu diesen Erscheinungen gesellen sich nach 15—20 Minuten Uebelkeiten vom Magen, Druck in der Magengegend, Brechneigung und meist auch Erbrechen. Das Erbrechen tritt um so leichter ein, oder wiederholt sich, wenn bald nach den Tropfen Flüssigkeiten in den Magen gebracht werden. In der Regel erfolgt nach 1—2 Stunden leichter Stuhlgang ohne schmerzhafte Peristaltik. Alle genannten Erscheinungen verschwinden nach 2, spätestens 3 Stunden. Anderweitige Symptome wurden nicht beobachtet, der Urin blieb normal. Bei Kindern unter 10 Jahren stellten sich die angeführten Erscheinungen schon bei einer Dosis von 8—10 Tropfen ein. Dagegen zeigten einzelne Individuen eine bedeutende Toleranz gegen das Mittel, so dass 20—30 Tropfen zweimal des Tages ohne merkliche Störungen genommen werden konnten. Beim Gebrauche der Kapseln vermied man den unangenehmen Geschmack im Munde und das Gefühl des Kratzens im Rachen, während die übrigen Erscheinungen, wenn auch etwas später, in gleicher Weise auftraten. Auf Grund dieser Erfahrungen wurde das Oel innerlich in folgender Weise dosirt: Bei Kindern wurde mit 5 Tropfen zweimal des Tages begonnen und nach je zwei Tagen um je 1 Tropfen gestiegen bis zu jener Höhe, gewöhnlich 10—12 Tropfen, bei der sich Uebelkeiten einstellten. Bei Erwachsenen wurde mit 10 Tropfen begonnen und in gleicher Steigung die Gabe bis auf 20—30 Tropfen erhöht. Auf diese Art konnte das Mittel Wochen und Monate lang ohne sonderliche Beschwerden gebraucht werden. Noch leichter wurde das Mittel in Kapseln zu je 1 Gr. ertragen, von denen 1—2 Kapseln zweimal täglich verabfolgt wurden.

Angewendet wurde das Oleum Gynocardiae bei Eczem, Prurigo und Lupus, wobei zunächst solche Fälle ausgesucht wurden, bei welchen anderweitige Symptome von Scrophulose vorhanden waren, wo somit neben der topischen Behandlung mit Erfolg Jod-Leberthran angewendet wird.

Das Oel wurde zunächst bei 7 Fällen von Eczem bei scrophulösen Kindern versucht. Stets stellte sich durch die örtliche Anwendung des Oels Verschlimmerung der örtlichen Verhältnisse ein, während der innerliche Gebrauch keine merkliche Beeinflussung des Allgemeinzustandes

herbeiführte. Dagegen hat Verfasser bei veralteten, torpiden, mit bedeutender Hautverdickung einhergehenden Eczemen Erwachsener eine günstige Wirkung durch örtliche Einreibung des Oels oder dauernde Application des Unguents dadurch erzielt, dass die örtlich eingetretenen Reizungszustände eine raschere Abwicklung des Verlaufs herbeiführten.

In 5 Fällen von Prurigo wurde das Mittel ebenso gleichzeitig äusserlich und innerlich angewendet, aber ohne günstigen Erfolg.

Die Wirkung des Chaulmoogra-Oels bei Lupus wurde in sechs Fällen erprobt. Auch hier wurden solche Fälle ausgewählt, bei welchen anderweitige Symptome von Scrophulose vorhanden waren. Bei zwei Fällen von Lupus hypertrophicus des Gesichts traten nach dreimaliger respective viermaliger Anwendung der Gynocardia-Salbe in Pflasterform so heftige Reizungserscheinungen und Schmerzen auf, dass von dem weiteren örtlichen Gebrauche des Mittels Umgang genommen und das Oel nur innerlich verwendet wurde. In 4 Fällen von Herdlupus kam es nach 3—5tägiger Anwendung der Salbe zum Zerfall der Lupusknoten, der durch fortgesetzten Gebrauch zur Zerstörung des lupösen Gewebes führte, ähnlich wie bei Anwendung der Arsenpasta und der Pyrogallussäure. Recidiven blieben nicht aus und eine wesentliche Beeinflussung der Krankheit wurde durch den innerlichen Gebrauch nicht erzielt.

Ausser in den genannten Krankheiten hat P. das Oleum Gynocardiae in letzter Zeit auch noch bei 9 Fällen von Urethritis blennorrhagica in Anwendung gezogen. Innerlich wurden zweimal täglich je 1 Grm. Oleum enthaltende Kapseln gegeben, örtlich wurde das Oel mit But. Cacao aa. zu Stäbchen geformt in die Harnröhre eingeführt. Der Erfolg war ein negativer. Nur in einem Falle chronischer Urethritis wurde nach vierwöchentlichem Gebrauche Heilung erzielt.

Campana gelangte (**11**) nach mehrfachen Versuchen mit Chrysarobin bei Hautkrankheiten zu folgenden Resultaten:

1. Chrysarobin ist ein vorzügliches Mittel gegen Psoriasis.
2. Desgleichen gegen papulöse hypertrophische Syphilide und gegen Lupusknoten, besonders in Combination mit früherer Ausschabung.
3. Ebenso gegen Lepra in Knoten- und Fleckenform.
4. Es schützt aber nicht gegen Recidive in allen obengenannten Formen von Erkrankung.

5. Bei Lepra wird weder die Eruption neuer Knoten durch die schnelle Aufsaugung alter befördert, noch der allgemeine Zustand verschlimmert.

6. Verf. hat, — wie er nebenbei mittheilt, — eine Temperaturerhöhung an Leprösen, bei welchen nur eine Seite erkrankt war, an dieser gegenüber der gesunden beobachtet.

12. **Lipp.** Beitrag zur Varicellen-Lehre. (Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. Graz 1879.)
13. **Manouvriez.** Ueber eine Epidemie von Kinder-Varicella in Valenciennes. (Gaz. des Hôpit. 29. März 1879.)
14. **Simon.** Ueber die Einführung der animalen Vaccination. (Vortrag, gehalten in der schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur am 17. October 1879.)
15. **Hryntschak.** Ein Fall von Vaccination im Incubationsstadium der Morbillen und Abimpfung im Prodromalstadium derselben. (Arch. f. Kinderhlk. I. 2. 1880.)
16. **Redcliffe.** Ein Fall von Masernerkrankung unmittelbar nach Scharlach. (Philadelph. Med. Times 13. Sept. 1879.)
17. **Rott.** Eine Rubeola-Epidemie. (Bayrisches Int.-Bl. Nr. 10. 1879.)
18. **Heubner.** Beobachtungen über Scharlachdiphtherie. (Jahrb. für Kinderheilkunde, XIV, I, 1879.)
19. **Riedinger.** Ueber das Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten. (Chir. Ctlbl. Nr. 9, 1880.)

Lipp hebt (**12**) die noch immer nicht allseitig und genügend gewürdigte Thatsache hervor, dass Kinder, welche vermeintlich mit Variola behaftet, in Wirklichkeit aber an Varicella non variolosa erkrankt, mit Blatternkranken in Berührung kamen, durch das Blatterncontagium inficirt wurden.

In der zweiten Hälfte des Jahres 1872 bis über 1874 hinaus, besonders aber 1873 waren die Blattern im Stadtbezirke Graz und in dessen Umgebung epidemisch verbreitet. Im gleichen Zeitraume, aber auch lange vorher und nachher, konnte man öfter Fälle von „Varicella non variolosa" beobachten und ist dem Verf. kein sicher diagnosticirter Fall derselben bekannt geworden, welcher zu einer

Blatternerkrankung der Angehörigen geführt hätte. Wohl aber konnte er vier als „blatternkrank“ aufgenommene Kinder beobachten, bei welchen er an dem auf den Aufnahmstag folgenden Morgen nach sorgfältiger Prüfung die Diagnose „Varicella non variolosa“ stellen musste.

Der erste Fall betraf ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen, an welchem keine Impfnarben vorhanden waren. Das Kind wurde wieder nach Hause geschickt. Am zehnten Tage nach seinem Eintreffen auf der Blatternabtheilung erkrankte es an Variola leichteren Grades und wurde deshalb nach erfolgter Eruption abermals auf diese Abtheilung aufgenommen. Es trat Genesung ein. Bemerkenswerth ist, dass die 1 Jahr alte, ebenfalls keine Impfnarben zeigende Schwester des Kindes wahrscheinlich von diesem 12 Tage später die Blattern erwarb und nach 9 Tagen daran starb. Der zweite Fall betrifft ein über 1 Jahr altes Mädchen. Impfnarben nicht nachweisbar. Das Kind wurde entlassen. Nach dem sogleich eingelaufenen und verlässlichen Berichte des nunmehr beigezogenen Consiliarius erkrankte das Kind am 10. oder 11. Tage nach seiner Aufnahme auf die Blatternabtheilung an den Blattern und starb an diesen. Im dritten Falle handelt es sich um ein zwei Jahre altes Mädchen, an welchem ebenfalls keine Impfnarben zu constatiren waren. Das Kind wurde nach Stellung der Diagnose in einem isolirten Locale der Abtheilung für Hautkranke untergebracht. Am zwölften Tage nach der Aufnahme in die Blatternabtheilung erkrankte dasselbe an variolösem Prodromalfieber, welches zwei Tage dauerte. Bei beginnender Eruption wurde es abermals dahin gebracht. Die Erkrankung war leichterer Art; das Kind genas.

Der vierte Fall ist folgender: Ein Knabe von 6 Monaten wurde am 13. December 1874 mit der Diagnose „Variola“ der Blatternabtheilung zugewiesen. Das Unwohlsein begann angeblich am 10. oder 11. mit Fieber und Erbrechen. Impfnarben nicht vorhanden. Sofort fiel das zahlreiche Vorkommen von sehr klaren Bläschen und von Blasen auf. Nach genauer und längerer Prüfung konnte Verf. constatiren, dass die Haut in zweifacher Weise erkrankt sei, an einem Eczeme, welches nur auf kleinere Stellen beschränkt war und sich stärker ausgebildet im Gesichte und am behaarten Theile des Kopfes zeigte, und an einem recenten Exantheme, welches fast an der ganzen Körperoberfläche Efflorescenzen hervorbrachte. Das Eczem war bis zur Krustenbildung gediehen.

Die Erscheinungen des jüngst aufgetretenen Hautleidens waren sehr zahlreiche, an der ganzen Körperoberfläche vertheilte, einzeln stehende, bis über linsengrosse Bläschen, besonders zahlreich an der Brustfläche und an den Oberarmen, hie und da Residuen von Bläschen und kleine blassbräunliche Krüstchen, besonders am Rücken; ferner sparsame Bläschen mit etwas getrübtem Inhalte, grau oder blassgelblich aussehend, einige darunter mit einer Delle versehen, — an den Handtellern und Fusssohlen abortiv, weiterhin Blasen in der Grösse von Erbsen oder kleinen Haselnüssen an der rechten Hand, am rechten Oberschenkel und im Gesichte; endlich in der rechten Schultergegend eine nahezu silbergroschengrosse, blassrothe, kaum excoriirte Stelle, wo die alte Epidermis abgehoben erscheint; endlich Roseola oder grössere rothe bis nahezu guldenstückgrosse, meist unregelmässig geformte und nicht scharf umschriebene Stellen (Erythem), hie und da confluirend, besonders an den Beugeflächen der Vorderarme. An der Schleimhaut des Mundes, des Gaumensegels und Rachens konnte keine Eruption nachgewiesen werden.

Verf. erklärte einen Theil der Eruption für Eczem, die anderen Efflorescenzen für Varicella non variolosa. Während die Efflorescenzen aller Art gut zu heilen und zu vertrocknen schienen, wurde (am 18.) die schon früher beabsichtigte Vaccination ausgeführt. Am rechten Oberarme wurden drei, am linken zwei Impfstiche gemacht.

24. Dec. An zwei Impfpunkten des rechten Oberarmes geringe Röthung. 26. An jedem der am 24. erwähnten Punkte ein sehr kleines, rothes Knötchen, an einem Knötchen beginnende Bläschenbildung. 28. Seit 27. schwaches Fieber. 29. Das am 26. bemerkte Impfbläschen entwickelte sich weiter, ist nahezu linsengross, deutlich genabelt und von einem geringen Hofe umgeben. Das andere kleine Impfknötchen involvirte sich ganz und gar. An den übrigen Impfpunkten fand keine Haftung statt. Das Fieber steigerte sich. Am selben Tage Eruption von Knötchen ohne rothen Hof, besonders an den eczematösen Stellen. Die Vaccine-Efflorescenzen linsengross, flach, wenig prominirt, in der Mitte verkrustet. Reaction in der Peripherie gering.

Am 3. Jänner 1875 traten Hämorrhagien an und um viele Efflorescenzen und livide Färbung der Haut zwischen den Efflorescenzen an verschiedenen Körpergegenden auf, am 4. Jänner erfolgte der Tod.

Aus dem Verlaufe ergaben sich folgende Thatsachen: a) Eine mindestens 7—8, vielleicht selbst 9—10tägige Dauer der Eruption der Varicellaefflorescenzen, der Bläschen und Blasen, welche sich immer rasch entwickelten und im ausgebildeten Zustande nur kurze Zeit und um so kürzer verharrten, je früher sie sich zeigten. b) Eine Temperaturerhöhung, deren Dauer nur wenig kürzer als jene der Eruption ist. Sie muss mit Rücksicht auf die bedeutende Entwicklung des intensiveren Processes für 2—3 Tage vor der Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus supponirt werden und beträgt nach derselben, wie erwiesen, 4 Tage. Nach Schluss der Defervescenz, zur Zeit des letzten Actes der Eruption findet noch eine geringfügige Erhebung der Temperatur statt, welche mit der Eruption selbst zusammenhängen dürfte, da eine sonstige Complication fehlt. Zur Zeit der Aufnahme ist die Temperatur noch beträchtlich und fällt sie, ungeachtet der Höhepunkt der Eruption der Efflorescenzen quantitativ und qualitativ deutlich überschritten ist, nur langsam unter geringen Schwankungen ab, wozu sie des verhältnissmässig langen Zeitraumes von 3 Tagen bedarf, vielleicht von 4 Tagen, wenn — was nicht unwahrscheinlich — Eruption und Temperatur den Tag vor der Aufnahme ihre Acme erreicht hätten. c) Ein geringer, aber doch ganz unzweifelhafter Erfolg der am fünften Tage nach der Aufnahme vorgenommenen Vaccination. d) Am 14. Tage nach Aufnahme des Kindes auf die Blatternabtheilung und am 9. Tage nach der Vaccination Beginn einer lethal endenden Variola, welche, wie kaum bestritten werden dürfte, durch Aufenthalt und Infection des Kindes daselbst herbeigeführt wurde.

Das Vorkommen derartiger äusserst seltener Fälle vermag nach L. nicht die durch viele Thatsachen und Argumente gestützte Specificitätslehre zu erschüttern, welche die relativ nicht seltene Blatterninfection von ungeimpften und mit Varicella specifica behafteten Kindern, die mit Blatternkranken gemeinsam untergebracht werden, auf die einfachste und natürlichste Weise erklärt.

Aus der Beobachtung der erwähnten vier Krankheitsfälle zieht der Verf. Schlüsse, dahin gehend, 1. dass eine eigenartige, nicht variolöse Varicella existire; 2. auf die leichte und rasche Haftung des Blatterncontagiums an ungeimpften und mit Varicella specifica behafteten Kindern; 3. auf die Haftung des Blatterncontagiums zu einem Zeitpunkte, in welchem die Eruption der Varicella non variolosa und das

begleitende Fieber noch nicht beendet ist; überdies noch in Folge eines einmaligen Versuches die partielle, aber unzweifelhafte Haftung des Vaccinecontagiums zu einem Zeitpunkte, welcher von der Infection mit Blattern wenigstens 4 Tage, von dem Prodromalstadium derselben 9 Tage entfernt ist; 4. den Ausbruch des Blatternprocesses nach Ablauf der bekannten Incubationszeit, ebenso, als wäre keine Erkrankung an Varicella specifica vorausgegangen, und in zwei Fällen das Ende desselben mit Tod; 5. folgerichtig den Mangel von Einfluss und Bedeutung einer Varicella specifica für die Verhinderung oder Abschwächung der Variola und den Mangel an Zusammengehörigkeit beider Processe; endlich 6. die Nützlichkeit und Nothwendigkeit, die beiden Processe getrennt aufzufassen und bei allfälliger Anwendung des Ausdruckes „Varicella", deren Art zu bezeichnen — der Deutlichkeit wegen, zur Vermeidung von Missverständnissen und zur Hintanhaltung von Schaden an Gesundheit und Leben.

Manouvriez hat (**13**) eine Epidemie von Varicella infantum 1876/77 beobachtet und ebenfalls gefunden, dass Varicella keine Varietät der Pocken sei. Nichtvaccinirte erkrankten ebenso häufig als Geimpfte; von Varicella revalescirende, früher nicht vaccinirte Kinder wurden mit Erfolg geimpft und von ihnen abgeimpft — niemals entstand durch Ansteckung von Varicellakranken echte Variola, auch nicht bei Ungeimpften — die Krankheit blieb auf Kinder beschränkt. Der Verf. beobachtete eine ecthymatöse Form der Eruption mit Dellenbildung und Narben. Unter 75 Fällen waren nur 2 Todesfälle. Der Verf. schlägt vor, die leicht mit der Kindervaricella dem Aussehen nach zu verwechselnde milde Variolaform als Variola varicelliformis (! A.) zu bezeichnen.

Die hygienische Gesellschaft in Breslau (**14**) hatte eine Commission zur Erörterung folgender Fragen gewählt: 1. Ist die Production animaler Vaccine in einem eigenen Kälber-Impfinstitut wünschenswerth, respective ein Bedürfniss? 2. Wie sind event. die Mittel für Begründung und Unterhaltung eines solchen Institutes zu beschaffen?

Zunächst galt es, die Vorfrage zu erörtern: Wie die Methode der animalen Vaccination hinsichtlich ihrer Haftbarkeit, Schutzdauer und Gefahren zu beurtheilen sei?

Das Resultat der Commissions-Prüfungen war, dass die Ergebnisse der Haftbarkeit in der letzten Zeit bedeutend bessere geworden waren. Namentlich war es die verbesserte Methode der Conservirung der Lymphe, der Versendung derselben und der Impftechnik selbst, welche dies bewirkt hatte. Es hatte sich ergeben, dass, wenn irgend möglich, eine „directe Impfung von Thier auf Arm“ stattfinden müsse. Bei Versendung der Lymphe war die trockene Aufbewahrung zwischen Glasplatten oder die Armirung von Impfspeeren der flüssigen Conservirung in Röhrchen bei weitem vorzuziehen. Ferner hatte es sich als vortheilhafter erwiesen, mit Schnittchen zu impfen, an Stelle der in ihren Resultaten weniger sicheren Stiche. Endlich erscheint es von Wichtigkeit, dass nur aus ganz regelrecht entwickelten Pusteln die Lymphe entnommen wird und dass nicht, wie dies bisher vielfach geschehen ist, die Pusteln förmlich gemelkt werden. Nachdem die Commission Kenntniss genommen von den neuesten Ergebnissen der animalen Vaccination, denen zufolge unmittelbare Lymphübertragung von Thieren auf Erstimpflinge in Brüssel keine, in den holländischen Anstalten 0·8 Perc. Misserfolge, die Anwendung conservirter Lymphe in Brüssel bei Erstimpflingen 4 Perc., bei Revaccinanden 38 Perc., in Weimar bei Erstimpflingen 0·6 Perc., bei Revaccinanden 15 Perc. Fehl-Impfungen erzielte, ist dieselbe zu der Ansicht gekommen, dass bei gewissen Cautelen, vor Allem bei Verwendung möglichst frischen Stoffes, auf grösserer Resorptionsfläche, aus ganz normalen Pusteln und nur der ersten Portionen der aus letzteren austretenden Lymphe, die Haftbarkeit der animalen Lymphe als eine der humanisirten gleichkommende anzusehen ist.

Hinsichtlich der Schutzkraft und Schutzdauer der animalen Vaccine liegen bisher noch keine genügenden Erfahrungen vor, um sich mit Sicherheit darüber aussprechen zu können. Von Wichtigkeit indessen ist die Erfahrung Warlomont's in Brüssel, welcher unter 10.000 mit animaler Vaccine Geimpften keinen Fall von Pockeninfection in der Epidemie von 1870/71 beobachtete. Was die Gefahren betrifft, welche die animale Vaccination im Gefolge habe, so ist in der That die Möglichkeit der Uebertragung der Perlsucht (Tuberculose) des Rindviehes durch die Vaccination auf das ernsteste zu erwägen und zu beleuchten. Freilich hat Professor Bollinger in München versucht, diese Gefahr als nicht vorhanden darzustellen; die Commission kann indessen die Gründe, welche er hierfür anführt, doch nur als

aprioristische gelten lassen. Wäre die Möglichkeit gegeben, Kälber als Impfmaterial zu benützen, so würde diese Gefahr wenig in Betracht kommen, da bei Kälbern die Perlsucht ausserordentlich selten ist. Leider gestatten jedoch die schlesischen Verhältnisse nicht, Kälber hierzu zu benutzen. Es ist hier Usus, die Kälber schon in sehr zartem Alter, meist von zwei Wochen, zu schlachten. In diesem Alter aber sind die Kälber zur Impfung noch ganz ungeeignet. Das Rindvieh aber ist mindestens im Verhältniss von 2 Perc. perlsüchtig und es ist nicht immer möglich, die Perlsucht bei Lebzeiten des Thieres zu diagnosticiren. Es müssten jedoch Versuche angestellt werden, ob es gelinge, gesunde Thiere durch die Vaccination mit Lymphe von perlkranken Thieren perlsüchtig zu machen. Es sei Sache des Staates, diese Versuche sofort zu organisiren.

Da nun aber die Perlsucht bei der Section der Thiere vollständig sicher zu erkennen sei, so könnte man die geimpften Rinder nach der Abnahme des Impfstoffes sofort tödten und nur die Lymphe von denjenigen zum Impfgeschäft verwenden, welche sich auf Grund sorgfältiger thierärztlicher Untersuchung als gesund und frei von Perlsucht erwiesen hätten. Gegen die Benützung des Fleisches solcher Thiere liesse sich nichts vorbringen. Alle die bisherigen Erörterungen müssen daher zum Schlusse führen, dass sich gegen die animale Vaccination keine erheblichen Einwände erheben lassen.

Nachdem die Vorfrage in dieser Weise erledigt war, galt es, die erste gestellte Hauptfrage zu erörtern: Ist die Einführung dieser Methode ein Bedürfniss, resp. wünschenswerth? Diese Frage wurde von der Commission mit Hinweisung auf die Impfsyphilis, wenn auch deren Gefährlichkeit und Häufigkeit viel zu hoch angeschlagen sei, bejaht.

Die zweite Hauptfrage, wie die Mittel für Begründung und Unterhaltung eines solchen Institutes zu beschaffen sind, sei dahin zu beantworten, dass die Communen nicht verpflichtet werden können, derartige Institute zu begründen, wohl aber der Staat.

Der nachfolgende Fall von Vaccination eines im Incubationsstadium der Morbillen befindlichen Kindes wird von Hryntschak (**15**) mitgetheilt:

Am 31. Mai wurde vom Vf. ein zweijähriger, bisher stets gesund gewesener Knabe von blühendem Aussehen mit humanisirter

Lymphe geimpft. Nach acht Tagen stellte sich die Mutter mit dem Kinde zur Controle ein, mit der Bemerkung, dass alle vier Pusteln sehr schön aufgegangen seien. Da H. äusserlich am Kinde nichts Krankhaftes bemerkte (! A.), impfte er von dem rechten Arm drei Kinder ab. Um aber noch weitere zwei Kinder zu impfen, liess Vf. die Mutter das Kind ganz entkleiden, um vom linken Arm abnehmen zu können. Ein Griff der Hand auf den Stamm des Kindes belehrte ihn jedoch, dass dasselbe fieberte; er stellte daher die weitere Abimpfung ein und vaccinirte die letzten zwei Kinder mit einer von früher aufbewahrten Lymphe. Ueber Befragen gab nun die Mutter an, dass vor nicht ganz zwei Wochen zwei ältere Geschwister des Knaben an Flecken erkrankt waren, jedoch bereits ganz genesen sind, dass der Kleine damals ganz verschont blieb, aber seit dem Abend des vorhergehenden Tages zu husten und niesen angefangen und die Nacht unruhig geschlafen habe.

Es stellte sich nun heraus, dass von den drei geimpften Kindern, die bisher die Morbillen nicht gehabt haben, keines an Morbillen erkrankte. Es waren dies: ein 1 Jahr altes Mädchen, ein 3 Monate altes Mädchen und ein 1 Jahr 7 Monate zählendes Mädchen. Bei allen Dreien trat schon am achten Tage eine ziemlich bedeutende erysipelatöse Röthe um die gut entwickelten Pusteln auf, welche den Verlauf der Vaccination etwas protrahirte, ohne dass jedoch die Kinder irgendwie Schaden genommen hätten.

Es geht aus dieser Beobachtung hervor, dass mit der Lymphe eines an Masern erkrankten Kindes die Masern nicht verimpft werden können; das leichte Erysipel, bei allen drei Kindern übereinstimmend um die Pusteln aufgetreten, spricht aber dafür, dass gewisse phlogogene, offenbar mit dem fieberhaften Zustande im Zusammenhang stehende Substanzen verimpft würden.

Der Kleine machte seine Morbillen, entsprechend dem milden Charakter der heurigen Epidemie, leicht durch. Das Fieber erreichte nur mässige Höhe, liess aber nicht ganz nach, als das Exanthem zu erblassen begann. Die Ursache hievon war in dem Aussehen der Pusteln zu suchen. Der schon am Controltage vorgefundene bedeutende Entzündungshof um die Pusteln bildete sich zu einem umfangreichen derben, heissanzufühlenden Infiltrat mit einer erysipelatösen Röthe, die den grössten Theil der Impffläche des Oberarmes einnahm. Dieses Infiltrat begann am Rande der unterdessen zu einer schwarzen Borke

umgewandelten Impfpusteln zu schmelzen, derart, dass nach Abfall der Borke zu Anfang Juli eine Ulceration von über 4 Cm. Durchmesser sich präsentirte. In die Tiefe ging an einer Pustel die Ulceration bis zur Muskellage. Erst Ende Juli, also zwei Monate nach geschehener Impfung, erfolgte die Vernarbung.

Ausserdem hörte das Kind nach dem Schwinden des Exanthems nicht auf zu husten. Unter Fiebererscheinungen, trockener rauher Haut bildete sich eine verbreitete Bronchitis aus, die Ende Juni zu einer lobulären linksseitigen Pneumonie führte; schliesslich erholte es sich auch von der Lungenentzündung.

Redcliffe gedenkt (**16**) eines Falles von Masernerkrankung eines $2^1/_2$jährigen Kindes in der 3. Woche nach Scharlach in einer Familie, in welcher ein anderes Kind an Masern erkrankt war. Sowohl Masern als Scharlach verliefen günstig. Schiff.

Rott berichtet (**17**) über eine Röthel-Epidemie: Von 17 an Rötheln erkrankten Personen hatten 16 vor kürzerer oder längerer Zeit die Masern überstanden; ein Knabe hat die Rötheln innerhalb 6 Wochen zwei Mal durchgemacht.

Die Incubationsdauer der Rötheln beträgt nach dem Verf. 18 Tage; das ohne ein Anzeichen irgend einer Erkrankung auftretende Prodromalstadium hat eine Dauer von $^1/_2$—1 Tage. Fieber ist nur bei Complicationen vorhanden. In der Mundhöhle zeigte sich in 7 Fällen eine streifige Röthe des Gaumens. Schlingbeschwerden waren nur in 3 mit Angina complicirten Fällen vorhanden. In 4 Fällen (2 Kinder, 2 Erwachsene) zeigten sich Anschwellungen der Submaxillar-, Subauricular- und Cervicaldrüsen in Form kirschkorngrosser und sehr schmerzhafter Knötchen. In den complicirten Fällen steigerte sich das bereits vorhandene Fieber kurz vor und während der Eruption, ausserdem kam noch in 3 Fällen das Exanthem unter Fieber zum Ausbruch; in den übrigen Fällen trat das Exanthem ohne jegliche Fiebererscheinung auf. Letzteres stellt stecknadelkopfgrosse, das Hautniveau nicht überragende, runde, nicht gezackte, rothe Tupfen dar, die nirgend confluiren. Es tritt zuerst am Rücken, der Brust, dem Nacken auf und gelangt dann erst ins Gesicht. Es bleibt höchstens einige Stunden auf der angegriffenen Stelle sichtbar und da es sich sehr langsam weiter verbreitet, so ist sehr oft an den zuerst ergriffenen

Stellen Abschuppung sichtbar, während an anderen Körperstellen das Exanthem erst zum Vorschein kommt. Die Krankheit kann sich bis zu 14tägiger Dauer ausdehnen. In sehr zahlreichen Fällen folgte am 3.—5. Tage nach der Abschuppung Mumps. Angina und Drüsenanschwellungen am Halse traten bisweilen als begleitende Symptome auf.

Heubner veröffentlicht (18) eine Reihe von Fällen, welche während einer vom März 1877 bis Juli 1878 in einigen Theilen Leipzigs herrschenden schweren Scharlachepidemie unter seiner Behandlung standen.

Die Gesammtzahl betrug 137, hievon verliefen 36 lethal, sonach mit einer Mortalität von über 26%. Die weitaus grössten Opfer forderte die Krankheit da, wo sie mit Diphtherie complicirt war, u. z. starben 21 Fälle unter dem Auftreten von diphtheritischen Mandel- und Gaumenentzündungen, 7 Fälle an Nephritis, davon noch einer mit Diphtherie complicirt, 8 Fälle unter den Erscheinungen schwerster Intoxication gleich in den ersten Tagen der Erkrankung.

H. war demnach in der Lage, nicht nur am Lebenden das Verhalten der Scharlachdiphtherie zu verfolgen, sondern auch die gesetzten Veränderungen an der Leiche (in 12 Fällen) zu studiren. Die Schlussfolgerungen, zu welchen H. bei dieser Epidemie gelangte, sind die folgenden:

1. Die Scharlachdiphtherie ist eine mit dem Scharlachprocesse selbst aufs innigste zusammenhängende, von der primären Diphtherie sowohl klinisch wie histologisch wesentlich zu unterscheidende Affection. Sie gehört zu den echten Diphtherien, wie wir sie bei Dysenterie primär, bei Typhus, Cholera, Pocken und mehr Erkrankungen secundär auftreten sehen.

2. Sie beginnt mit einer einfachen katarrhalischen Affection der Tonsillen und der übrigen Gaumentheile (in leichten Scharlachfällen bleibt es überhaupt dabei).

3. Gewöhnlich am vierten Krankheitstage tritt der Uebergang von der katarrhalischen zur diphtheritischen Entzündung ein.

4. Dann wird entweder wie mit einem Schlage die gesammte Schleimhaut der Gaumentheile von der Zungenwurzel bis zum Eingang des Oesophagus und der Trachea diphtheritisch — in diesem Falle führt die Erkrankung, wie es scheint unausbleiblich, binnen ein- bis zweimal 24 Stunden zum Tode — oder

5. es werden nur begrenzte Stellen befallen und dann scheint immer die laterale Hälfte der einen Tonsille der zuerst erkrankende Fleck zu sein, von wo aus die Erkrankung schleichend sich fortentwickelt. In diesem Falle kann Genesung eintreten.

Der Tod erfolgt entweder: durch langsames Weiterkriechen der Gangrän auf die Gaumenbögen und über den Abhang der Zunge nach dem Sinus pyriformis, resp. der seitlichen Rachenwand (Tuba Eustachii) zu, oder durch die sich anschliessende diphtheritische Entzündung der Lymphdrüsen und des Halszellgewebes, oder durch Complication mit Glottisödem.

Bei dieser Kategorie von Fällen sind die klinischen Erscheinungen während der ersten Woche oft wenig alarmirend und können bei einigermassen oberflächlicher Beobachtung leicht den Eindruck ungefährlicher Erkrankungen hervorbringen, bis mit dem Beginne der zweiten Woche die Gefahr immer deutlicher sich herausstellt.

Innerhalb kurzer Zeit hatte Riedinger (**19**) Gelegenheit bei mehreren Operirten und Verwundeten das Auftreten von wirklichem Scharlach zu beobachten.

1. Bei einem 16jährigen Mädchen wurde am 5. September 1877 auf der chirurg. Klinik in Würzburg ein kindskopfgrosses Lipom in der Lendengegend exstirpirt. Schon am 6. September war eine intensive Röthe an der Wundgegend aufgetreten mit einer Temperatur von 40,0 Morgens und 41,2 Abends, nebst einem Puls von 120. Der Umstand, dass die Röthe von der Wunde ausging, hatte den Verfasser anfangs veranlasst ein Erysipel anzunehmen; doch die Schwellung im Halse, später Eiweiss im Urin und die charakteristische Abschuppung am ganzen Körper stellten den Scharlach ausser Zweifel. Die Wunde heilte per primam intentionem.

2. Eine junge Frau hatte sich eine Wunde an der Stirne zugezogen, die unter antiseptischen Cautelen per primam intentionem heilte. Am vierten Tage nach der Verletzung trat eine sehr starke Rachenentzündung mit Tonsillarschwellung und einer Temperatur von über 40,0 ein. Am fünften Tage war ein charakteristisches Scharlachexanthem vorhanden, das relativ lange stehen blieb. Der Verlauf der Krankheit war ein sehr schwerer und die Abschuppung erstreckte sich auf den ganzen Körper, sogar auf zwei Nägel.

3. Ein junger College verletzte sich bei einer Section und be-

kam eine Phlegmone an der linken oberen Extremität. Am 22. März 1879 incidirte Verfasser dieselbe und schon am 24. März war ein ausgeprägter Scharlach vorhanden, der schwer verlief und Eiweiss im Urin zeigte. Der Kranke erholte sich, wie auch die vorige Patientin, nur sehr langsam.

4. Einen ganz ähnlichen Fall beobachtete Verfasser bei einem andern jungen Collegen. Derselbe zog sich am 7. Mai v. J. eine Leicheninfection zu, worauf eine sehr starke Phlegmone an der ganzen oberen linken Extremität folgte, so dass multiple Incisionen und Drainagen gemacht werden mussten. Am 20. Mai trat Scharlach auf und zwar, wie im ersten der Fälle, von der Wunde ausgehend und hauptsächlich die Beugestellen einnehmend. Auch hier schwankte Verfasser anfangs in der Diagnose, obwohl das gleichzeitig mit der Röthe auftretende Fieber — das in Folge der Phlegmone entstandene war schon wieder zurückgegangen — sehr verdächtig schien. Als aber die den Kranken pflegende jüngere Schwester, die nebenbei bemerkt, ebenfalls eine kleine Verletzung am Finger hatte, am 29. Mai einen ausgeprägten Scharlach bekam, war Verfasser mit der Diagnose ausser Zweifel. Zu bemerken ist, dass die Schwester schon seit längerer Zeit das Haus nicht verlassen hatte.

5. Ein dreijähriges Mädchen quetschte sich die letzte Phalanx des Fingers fast vollständig ab. Vierzehn Tage nach der Verletzung, die gut heilte, bekam die Kleine Scharlach und zwar allein, die anderen drei Geschwisterchen blieben davon verschont.

6. Bei einem 23jährigen Kellner wurde eine Hydrocele mit Incision und Umsäumung unter antiseptischen Cautelen operirt. Am sechsten Tage darnach trat Scharlach auf, die Wunde heilte gut.

7. Ein College verletzte sich beim Verbandwechsel, der an einer Verbrennung vorgenommen wurde, mit einer Stecknadel an der Hand. Es trat eine Entzündung an der verletzten Stelle auf, nebst starker Lymphdrüsenschwellung bis in die Achselhöhle und ein Schüttelfrost. Drei Tage später erschien ein Scharlachexanthem auf der Brust, am Halse und am Bauch. Sämmtliche Geschwister des Collegen hatten früher Scharlach, er allein war bis jetzt verschont geblieben.

8. Ein 14jähriger Knabe hatte sich eine Beilwunde am Kniegelenk zugezogen. Am 7. März v. J. kam er in das Hospital; am 13. zeigte sich ein Exanthem mit Rachenschwellung und einer Temperatur von 40·3. Die Symptome schwanden bald und die Wunde heilte gut.

9. Am 15. Januar d. J. resecirte Verfasser bei einem 15jährigen Mädchen, welches am 8. desselben Monats in das Spital eingetreten war, das fungös erkrankte linke Ellbogengelenk. Die ersten Tage ging alles sehr gut; am 19. aber trat hohes Fieber auf, dem eine Angina und zwei Tage später ein Scharlachexanthem folgte, welches am operirten Arme am deutlichsten war. Die Abschuppung begann am 29. und erstreckte sich fast auf den ganzen Körper. Die Wunde heilte nicht primär, sonst aber gut. Scharlach war zu dieser Zeit auf der ganzen Abtheilung keiner vorhanden.

Der Verf. glaubt, dass eine zufällige Complication mit Scharlach bei den meisten dieser Patienten ausgeschlossen sei (? A.). Denn z. B. bei Fall 4 wäre es doch wunderbar (? A.), dass der Kranke, falls er Disposition besass, den Scharlach nicht schon früher acquirirte, da Patient als ehemaliger Coassistent an der medicin. Klinik häufig in nahe Berührung mit Scharlachkranken kam. Auch die beiden anderen Collegen waren früher vielfach mit Scharlach in Contact gekommen; besonders war dies der Fall bei dem Collegen, dessen Geschwister sämmtlich diese Krankheit durchgemacht hatten. Bei Fall 5 ist es ebenfalls merkwürdig, (? A.) dass die kleine Verletzte allein von ihren Geschwisterchen den Scharlach bekam.

Während bei einzelnen Patienten die Incubation die normale Zeit betrug, trat bei anderen der Scharlach oft ganz kurze Zeit nach der Operation auf. Bei den angeführten Patienten liegt das Auftreten zwischen dem zweiten und vierzehnten Tag nach der Verwundung. Wenn nun die Zeit oft eine sehr kurze ist, so lässt sich dies durch die Annahme, dass die Aufnahme und die Austragung des Scharlachgiftes bei Verwundeten eine viel raschere und intensivere sei als bei gesunden Individuen vielleicht erklären.

20. **Grigorow.** Erythema exsudativum papulatum der Mundschleimhaut. (St. Petersb. med. Wochenschr. 52. 1879.)
21. **Campana.** Erythema nodosum. (Giorn. Ital. delle Mal. ven. e della pelle 4. Heft, pag. 193, 1878.)
22. **I. Neumann.** Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie des Erythema nodosum. (Wr. med. Wochenschr. Nr. 44. 1879.)
23. **Brochin.** Arzneiexanthem. (Gaz. des Hôpit. 1. und 22. Februar 1879.)

24. **Hyde.** Blasenausschlag durch Jodkalium erzeugt. (Am. Dermat. Assoc., III. Meeting 1879. — Amer. Arch. of Dermat. 4. Heft, pag. 333, 1879.)
Finny. Derselbe Gegenstand. (Brit. med. Assoc. 1879. — Brit. med. Journ. II. 1879.)
25. **Tortora.** Ein Fall von Pemphigus acutus. (Il Morgagni. VI. 1879. — Rundschau. 11. Heft. 1879.)
26. **Tilbury Fox.** Eine angeborene Hautkrankheit. (Lancet. 31. Mai 1879.)
27. **v. Ritter.** Die exfoliative Dermatitis jüngerer Säuglinge und Cazenave's Pemphigus foliaceus. (Archiv für Kinderheilk. I., 2, 1880.)
28. **Behrend.** Derselbe Gegenstand. (Ebenda, I., 3, 1880.)
29. **Lande.** Herpes und Neuralgie der Genitalorgane. (Journ. de Méd. de Bordeaux 15. u. 22. März 1879. Annales de Derm. et Syph. Nr. 3, 1879.)
30. **Colcott Fox.** Ueber den neurotischen Ursprung des Lichen planus. (Brit. med. Assoc. 1879.)

Ein von Grigorow (**20**) beschriebener Fall von Erythem erstreckte sich auch auf die Mucosa faucium. Hierher gehörige Beobachtungen sind äusserst selten. So erwähnt Hebra eines Falles von Erythem mit lethalem Ausgange, wobei die Autopsie auf der Dünndarmschleimhaut den Hautaffectionen ähnliche Veränderungen ergab.

Am 8. Juni 1878 trat eine 45 Jahre alte Köchin mit folgenden Erscheinungen in die Frauenabtheilung des Mjassnizky-Hospitals:

Auf der Streckseite der Vorderarme, auf der Dorsalfläche der Hände und Unterschenkel, weniger am Rumpfe, sind rundliche Papeln verbreitet, kleinerbsengross, von blaurother Färbung; die Haut zwischen den Papeln juckt etwas, ist aber dem Anscheine nach normal. Rachenschleimhaut roth, Tonsillen geschwollen. Die Lymphdrüsen normal. Die Kranke fiebert: Abendtemperatur 38·0°, Morgentemperatur 37·8°.

Das Exanthem hatte sich vor einer Woche gezeigt, die Entwickelung war in einer Nacht erfolgt und wurde von einem fieberhaften Zustande und unbedeutendem Jucken begleitet. Im Verlaufe der folgenden Tage des Aufenthaltes im Hospital verschwanden der fieberhafte Zustand und der Ausschlag; an Stelle des Exanthems blieb nur eine unbedeutende Pigmentirung zurück.

Einen Monat später, am 10. Juli, trat wieder Fieber auf und zeigte sich von Neuem das Exanthem, meist an denselben Stellen. Drei Tage darauf erscheinen auf der hinteren Pharynxwand, auf dem linken hinteren Gaumenbogen und auf dem weichen Gaumen einige erbsengrosse rundliche Erhöhungen; die sie umgebende Schleimhaut röther als an anderen Stellen. Die Erhöhungen fühlen sich härtlich an; die hintere Pharynxwand ist trocken; Zunge belegt; die submaxillaren und die Halslymphdrüsen normal. Im weiteren Verlaufe der Krankheit stiess sich das einige Erhöhungen im Rachen bedeckende Epithel ab, wodurch sich oberflächliche Erosionen bildeten. Bis zum 20. Juli verschwanden alle Erscheinungen, sowohl auf der Haut als auf der Schleimhaut, gleichzeitig. Am 22. Juli erkrankte Pat. an einem Erysipel am Fusse, welches sich darauf am Rumpfe bis auf das Gesicht verbreitete. Unter allmälig zunehmender Entkräftung der Patientin erfolgte nach Hinzutritt von Decubitus und Pyämie am 4. August der Tod.

Campana hat im Jahre 1877 eine Abhandlung über Erythema multiforme veröffentlicht (diese Vrtljhrsch. 1878 p. 318), in welcher vorzugsweise der anatomische Befund von excidirter Haut von Interesse war. Die Ergänzung hiezu gibt eine weitere Arbeit desselben Autors (**21**) über Erythema nodosum. Auch hier ergab die anatomische Untersuchung wie bei Erythema multiforme: die Epidermis normal, die Papillen kaum vergrössert; im Lederhautgewebe Austritt weisser Blutkörperchen aus den Gefässen der Cutis, Schwellung der Bindegewebselemente und Zellenanhäufung in den perivasculären Lymphräumen und um die Schweissdrüsen und Haarbälge, überdies aber Anhäufungen von rothen Blutkörperchen und von Hämatinschollen im Cutisgewebe. Keine Zerreissung der Gefässwände.

Der Verf. legt weniger Gewicht auf die angioneurotische Natur beider Arten von Erythem, als auf deren Zusammenhang mit Rheumatismen und rheumatischen Entzündungen seröser Häute. Der Unterschied des Erythema exsudativum multiforme vom nodosum oder contusiforme scheint ihm in der bei letzterer Form hinzukommenden entzündlichen (nicht rein auf Stase beruhenden) Hämorrhagie gegeben.

I. Neumann dagegen hält (**22**) das Erythema nodosum für eine idiopathische Erkrankung, welche mit dem Er. multiforme (Hebra)

nur den Namen theile; denn das Erythema multiforme komme in seinen verschiedenen Entwicklungsstadien als E. papulatum, annulare, Iris, gyratum epidemisch vor und gehe die eine Form desselben in die andere über; aus dem E. papulatum entstehe durch Abflachung des central gelegenen Knötchens das E. annulare, aus diesem das gyratum und durch Nachschübe von neuen Exsudatmengen das E. Iris. Einen Uebergang dieser Formen in E. nodos. oder umgekehrt hat aber Verfasser bisher nicht beobachtet.

Nicht die anatomische Beschaffenheit der Haut des Unterschenkels begünstige die Proruption der grösseren Knotenbildung, sondern die Art und die Intensität des Krankheitsprocesses. Auch sei es nicht vorwiegend das jugendliche Alter, das die Entstehung des E. nodos. begünstige, gleichwie dasselbe keinen Typus annuus einhalte, und während das E. multiforme mit nur wenigen Ausnahmen ohne jede Störung des Allgemeinbefindens verläuft, zeigen sich bei dem in Rede stehenden Erythem mehr oder weniger hochgradige, oft auch gefährliche Symptome.

Verfasser führt nun einige Fälle an, deren letzter eine 45 Jahre alte, anämische Frau betraf, die vor 15 Jahren an acutem Eczem und seit zwei Jahren an chronischem Darmkatarrh gelitten hat und anfangs Jänner 1879 an E. nodosum der unteren Extremitäten gleichwie der Vorderarme erkrankte. N. fand bei der Aufnahme linsen-, kreuzer- bis thalergrosse, scharf umschriebene, dunkelgeröthete Knoten und Knollen, welche bei Berührung heftige Schmerzen verursachten. Der Ausschlag hatte sich nach vorangegangenen Frostanfällen entwickelt, welchen bald Hitze bis zu 40° folgte. Dabei war Diarrhöe mit Eiterausscheidungen vorhanden. Es wurde constatirt, dass der Ausschlag und die Fieberanfälle sich nur dann an Intensität steigerten, wenn die Eiterausscheidung behindert war. Constant waren Schüttelfröste, selbst bis zur Dauer von 3 bis 4 Stunden aufgetreten, welche die Kräfte der Kranken consumirten und denen stets der Ausschlag folgte. Erst durch Anwendung von kalten Klysmata, durch 5 Monate täglich 1 bis 2 Mal, sistirte allmälig die Eiterausscheidung und trat Besserung des Leidens ein. Hier konnte der Verf. das E. nodosum nur als Lymph- und Blutgefässentzündung auffassen, wobei die Knotenbildung durch Resorption von Eiter bedingt sein konnte. Die Ansicht Bohn's gewinnt nach N. für Fälle von E. nodosum dieser Art viel an Wahrscheinlichkeit, dass nämlich die Knoten durch einen circum-

scripten hämorrhagischen Infarkt der Capillaren und feineren Arterien der Haut entstehen. (Das E. nodosum kommt oft zugleich mit dem E. multiforme vor und Ref. hält die Gründe für eine Trennung beider Formen nicht für stichhaltig. Nur die Tiefe der Localisation in der Haut macht den Unterschied. Beide verhalten sich zu einander wie eine oberflächliche Phlyctaenose zu einem Furunkel. A.)

Brochin citirt (**23**) eine Beobachtung von Cordes, welcher über zwei Fälle von Terpenthin-Erythem nach internem Gebrauche berichtet (analog dem Copaiv-Balsam); ferner zwei Fälle von Creosot-Urticaria nach Bernard. Doch trat im ersten Fall trotz des Fortgebrauches von Creosot keine weitere Eruption auf und der zweite Patient hat gleichzeitig auch Chinin genommen.

Hyde schildert (**24**) einen Fall von vesiculo-bullöser Jodkalium-Eruption bei einem 11 Monate alten, wegen Eczem mit Jodkalium behandelten Kinde. Der Ausschlag war über den behaarten Kopf, das Gesicht in Form eines Eczema impetiginosum verbreitet; über die Extremitäten und den Rücken in Gestalt von kleinen und grossen Bläschen und Blasen von festerer Consistenz und theilweise halb gelatinösem, gekochtem Sago ähnlichen Inhalte; hie und da gedellt. Die Eruption verschwand nach und nach.

Finny beschreibt einen ähnlichen Fall, in welchem jedoch die Eruption vorwaltend die eine (rechte) Seite des Körpers einnahm.

Beide Autoren beziehen sich auf die verhältnissmässige Seltenheit derartiger Ausschläge nach Jodkalium, und werden aus der Literatur die Angaben von Bumstead, Tilbury Fox, Hutchinson, Duhring, R. W. Taylor, Otis hervorgehoben. Hyde spricht sich zweifelnd gegenüber der Ansicht von T. Fox aus, dass der Sitz der Eruption in den Talgdrüsen sei, da die Eruptionen auch an den Handtellern und anderen von Talgdrüsen freien Regionen vorkommen. Ueberdies spreche das schnelle Auftreten der Eruption oft schon einige Stunden nach der Anwendung und das Vorkommen blutigen Inhaltes der Efflorescenzen gegen die Sicherheit der obigen Annahme.

In der an den Vortrag Hyde's in der Americ. Dermat. Assoc. geknüpften Discussion wurde von mehreren Seiten hervorgehoben, dass bei Bromkaliumgebrauch die gleichzeitige Anwendung von Arsenik gegen die Eruption schütze.

Nach einer Krankengeschichte von Tortora (25) erkrankte ein 15jähriger Arbeiter an Kälte und darauf folgender Hitze, fühlte inzwischen Anschwellungen an den Handtellern und den unbeschuhten Sohlen; er musste wegen des Schmerzes an letzteren nach Hause getragen werden, wo sich alsbald nach dem Auftreten von rothen Flecken unter zunehmender Anschwellung Blasen an den Vorderarmen zeigten. Unter beständigem Schmerz und grosser Fieberhitze (40^0) erhob sich andern Tags die Epidermis an den Handtellern und Sohlen zu je einer einzigen grossen Blase, während hanfkorngrosse Bläschen an der Schleimhaut der Lippen, am Zungenrande und Zungenbändchen, am harten Gaumen und an den vorderen Partien des Gaumensegels auftraten; auch Ohrmuschel und Ohrläppchen zeigten dieselben Eruptionen. An der mittleren Sternalgegend waren sie bis kreuzergross, an Schultern und Oberarmen etwas kleiner. An den Vorderarmen waren dieselben meist confluirend, von einem weinrothen Hofe umgeben, ihre Grösse war in Zunahme begriffen. Hand- und Fussrücken blieben ganz frei, der Bauch fast frei, der Penis war von kleinen Bläschen dicht besetzt, die in zunehmender Dimension die eine Hälfte des Scrotums zu einer einzigen Blase erhoben. Die Genito-Cruralfalten, die vordere und innere Fläche der Oberschenkel, sowie das Knie waren gleichmässig von 1 Centesimo grossen Blasen bedeckt, in der Kniekehle und am unteren Theile des Unterschenkels zeigten sie Nussgrösse. Die Therapie bestand in der Anwendung kalter Bäder, von Chinin, Bromnatron und Eispillen; am 3. Krankheitstage ist der Schmerz noch grösser, der Patient fühlt sich wie im Feuer; am 4. Tage färbt sich der Blaseninhalt lichtgelb, am 5. Tage werden die Blasen punktirt; darauf sinkt die Temperatur, die bisher immer über 40^0 war, auf 39·5^0; der Schmerz lässt bedeutend nach, die Bäder werden fortgesetzt und am 7. Krankheitstage hörte die Secretion unter der Epidermis auf. Am 9. Tage kein Fieber, die Bäder werden jetzt lau bereitet. Nach 14 Tagen ist die Schleimhaut des Mundes restituirt, nach 19 Tagen auch die Hautdecke der Arme und Hohlhand, welche jedoch noch mit rothen Flecken bedeckt sind, auch letztere waren am 32. Krankheitstage, wo Patient geheilt entlassen wurde, verschwunden. Der von Primavera chemisch untersuchte Blaseninhalt zeigte alkalische Reaction, eine hellgelbe Farbe, und enthielt ein weissliches, gelatinöses Gerinnsel, das aus langsam geronnenem Fibrin bestand. Die Flüssigkeit enthielt einige farblose Blutkörperchen und auf den Liter 60 Grm.

Eiweiss, d. i. ein Viertel weniger als das Blutserum enthielt. Krystalle fehlten. Der Harn wies nur eine Vermehrung der Urate aus. Der ganze Krankheitsverlauf entsprach dem eines acuten Exanthems.

Von sechs Kindern gesunder Eltern waren nach einer Mittheilung von T. Fox (**26**) drei am Leben und gesund, eines starb sechs Tage nach der Geburt mit völlig mangelnder Haut über den Knieen; ein anderes (Mädchen) sechs Jahre alt, war seit ihrer Geburt von Blasen-Eruptionen in verschiedener Ausdehnung heimgesucht, dabei aber entwickelte sich ein allgemeiner atrophischer Zustand der Haut theils mit Dünnheit und Trockenheit, theils mit Abschuppung, Verlust der Nägel, Atrophie der Zähne, Eingesunkensein der Nase, Deformation einiger Gelenke, Fingercontracturen, allgemeine Abmagerung. Das letzte Kind, $2^1/_4$ Jahre alt, wurde ebenfalls mit Blasen geboren und litt seither daran, war schwach, Schleimhäute excoriirt, Blasen auf der Zunge, die Haut verdickt und flockig, auf den Sohlen warzenartige Verdickung, die Nägel im schnellen Wechsel begriffen.

Der Verfasser hält den Pemphigus nicht für die substantive Erkrankung, sondern nur für den Ausdruck mangelnder „Enervation" in Folge allgemeiner Wachsthumsanomalie der Haut.

v. Ritter tritt (**27**) den Anschauungen entgegen, welche Behrend (diese Vierteljahresschr. 1879, pag. 192 ff.) über die von dem Ersteren als Dermatitis exfoliativa jüngerer Säuglinge beschriebene Hautaffection (siehe diese Vierteljahress. 1879, pag. 129) ausgesprochen hatte. v. Ritter weist nämlich die Analogie zwischen dieser Krankheit und dem Pemphigus foliaceus entschieden zurück, indem er sich auf die kurze und begrenzte Dauer (eine Woche) des Processes bei Säuglingen, auf den vollständigen Wiederersatz der Hautpartien, auf die nur nebensächliche Rolle oder das Fehlen der Blasenbildung, auf das stets vorhandene allgemeine initiale Erythem der Hautdecken, endlich auf den Ausgang in Genesung bei der Mehrzahl seiner Fälle stützt. Die Fälle, welche Litten (bei Behrend a. a. O.) in Form einer kleinen Epidemie verlaufen sah, hält v. Ritter ebenfalls nicht für Pemphigusfälle, sondern für identisch mit der Dermatitis exfoliativa. Die Contagiosität derselben, sowie seiner eigenen Fälle stellt Ritter bestimmt in Abrede und hält an seiner Annahme der pyämischen Natur des Processes fest.

In der Antwort auf v. Ritter's Replik besteht dagegen Behrend (28) darauf, dass die von v. Ritter selbst beschriebene „Abhebung, Abspülung, Loslösung der Epidermis durch Flüssigkeit und Entblössung des Corium von Epidermis“ sowohl einer Verbrennung zweiten Grades, als jenem nach monatelangem Bestehen eines Pemphigus sich entwickelnden Zustande der Haut entspreche, welcher den Pemphigus foliaceus repräsentirt. Der Unterschied zwischen Dermatitis exfoliativa und dem erstern bestehe aber darin, dass der Process bei den Säuglingen direct und primär gleich in der exfoliativen Form auftrete und wegen seiner kurzen Dauer weder eine definitive Regeneration der Haut noch eine Wiederherstellung des Organismus unmöglich mache, während der Pemphigus exfoliativus mit seinem chronischen Verlauf die Erscheinungen des Marasmus ausnahmslos nach sich ziehe.

Lande hat (29) eine Varietät von Herpes genitalis beobachtet, welche in die Gruppe des Herpes Zoster rangirt werden sollte. Verf. berichtet über einige Fälle von Herpes genitalis, bei denen stets durch zwei oder drei Tage Neuralgie in der Umgebung vorausgegangen war. Bei einer Dame traten bald Zeichen einer mehr weniger intensiven Ischias, bald ovarielle Schmerzen vorher auf, ehe die Eruption auf der rechten grossen Schamlippe sich zeigte, zugleich mit einem Plaque von Bläschen unter dem vorderen oberen Darmbeinstachel. Derlei Formen wiederholen sich alle zwei bis drei Monate viele Jahre hindurch. In einem dritten Falle des Verf. zeigte sich jedesmal vor der alle 2—3 Monate wiederkehrenden Eruption Schmerz und Hyperästhesie der rechten unteren Extremität. Zuweilen tritt nach leichtem Jucken in der Höhe des Dornfortsatzes des letzten Lendenwirbels eine Eruption in Form einer Gruppe von transparenten Bläschen in der Ausdehnung eines Francstückes auf.

Den neurotischen Ursprung des Lichen planus behauptet C. Fox (30) übereinstimmend mit den Angaben von Tilbury Fox (Lehrb. 1873) und Hutchinson (Clinic. Lectures 1879). Er erinnert an Fälle von vorhergehender Nervendepression und sympathischen Störungen, ferner an das Fehlen wirklicher entzündlicher Localsymptome und beschreibt dann zwei Fälle, in welchen die Eruption in Bandform längs der inneren Schenkelfläche von der Lende bis zum Knöchel sich erstreckte. Schliesslich schildert er den Uebergang von Lichen planus in Lichen ruber Hebra's in einem Falle.

31. **Hardy.** Eczem der Zunge und der Wangenschleimhaut. (Gaz. des Hôpit. Nr. 7. 1879.)

32. **Geber.** Entzündliche Processe der Haut durch eine bisher nicht bestimmte Milbenart verursacht. (Wiener med. Presse Nr. 43, 44, 45. 1879.)

33. **Klaman.** Carbolsäure gegen Bienenstiche. (Med. Centr.-Ztg. Nr. 46. 1879.)

34. **Tilbury Fox.** Ein Fall von Guinea-worm. (Lancet I. Nr. 10. 1879.)

35. **Simon.** Ueber Prurigo und die Behandlung derselben mit Pilocarpin. (Vortrag, gehalten am 25. Juli 1879 in der schles. Ges. f. vaterl. Cultur. — Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. 1879.)

36. **Thomas.** (New-York.) Ueber Pruritus vulvae. (The Boston med. and chir. Journal. — Annales de la société de méd. de Gand, Livr. X. 1879.)

Hardy zeigte (**31**) einen 50jährigen Mann, der angab, seit 10 Jahren ein unangenehmes Jucken und Brennen im Munde zu haben. Auf der Zunge finden sich weisse, aus verdicktem Epithel bestehende Plaques, um diese herum zahlreiche kleine, weisse Punkte, die Epithelverdickungen auf einzelnen Papillen entsprechen. Da und dort finden sich zur Seite der Plaques kleine oberflächliche Geschwüre ohne Induration der Umgebung. An beiden Innenflächen der Wangen dieselben Plaques.

Kauen und Sprechen ist erschwert, Geschmack nicht alterirt.

Pat. hat Eczem auf Armen und Rücken, und hauptsächlich wegen dieser Coïncidenz erklärt H. die Mundaffection für eine eczematöse.

Geber berichtet (**32**) über eine neue, die menschliche Haut afficirende Milbenart. Beim Ausladen von Gerste ereignete es sich nämlich, dass die damit beschäftigten Taglöhner schon nach wenigen Minuten von heftigem Jucken und Brennen befallen wurden. Sofort wurde indess bemerkt, dass beim Abheben der Gerstensäcke aus denselben ein gelblich-bräunliches Pulver in ziemlich grosser Quantität herausfiel, und dass die Taglöhner gerade an jenen Stellen, welche von dem erwähnten Pulver bestreut wurden, über die unangenehme Empfindung zu klagen hatten.

Das durch Schütteln der Gerste erhaltene Pulver sieht wie eine

zu feinstem Mehle gemahlene Zimmtrinde aus, worin einzelne Gerstenkörnertheile und Spelzen sich vorfinden. Unter dem Mikroskop findet man reichlich theils lebende theils abgestorbene Thierchen und deren Rudimente. Aus den mehrfachen Versuchen, die Verf. mit Rücksicht auf die Einwirkung des Pulvers angestellt hatte, ergibt sich, dass die darauffolgenden Erscheinungen dem Intensitätsgrade nach sich in drei Kategorien theilen lassen: Die leichteste Form der Erkrankung besteht in einem Ausbruche einer Urticaria. Versucht man die Epidermis in der Nähe der Follikelmündungen vorsichtig abzuheben, so findet man fast ausnahmslos die Thierchen an derselben haften. Diese sterben zwar im Allgemeinen schon nach einigen Stunden ab, allein der bereits eingeleitete Reiz an der Haut wirkt dermassen nachhaltig fort, dass der Process selber bis zum völligen Erlöschen 24 bis 36 Stunden braucht. Ist die Haut empfindlicher und der Reiz ein intensiver, so fängt die Haut an rauh zu werden und im weiteren Verlaufe gewahrt man an den betreffenden Stellen einen mit hochgradigem Jucken verbundenen und auf gerötheter Basis sich entwickelnden Ausschlag von stecknadelkopfgrossen Knötchen, Bläschen und Pustelchen, so dass nunmehr Quaddeln mit eczematösen Erscheinungen abwechselnd zum Vorschein kommen. Nur allmälig (nach etwa 24 Stunden) schwindet die Urticaria und es bleibt dann ein noch immer zunehmendes Eczema zurück.

Bei dem höchsten Grade der Entwicklung kommt es zu einer ausgesprochenen Dermatitis. Hat die Dermatitis ihre Akme erreicht, so beginnt nach 1—2tägigem Stationärbleiben die Involution, und die einzigen zurückbleibenden Erscheinungen sind die verschieden dunklen Pigmentirungen und Kratzeffecte der Haut.

Die lebenden Thiere sind von länglich ovaler Form, gelblich weisser Farbe und durchschnittlich 0·022 Mm. Grösse, so dass sie mit freiem Auge nur während der Bewegung aufzufinden sind. Am Körper lassen sich drei Abschnitte unterscheiden: der Kopf, welcher sich durch eine seichte Einschnürung vom Vorderleibe trennt und welch' letzterer wieder hinter dem zweiten Fusspaare sich durch eine Querfurche vom Hinterleibe abgrenzt. Wie der Vorderleib so hat auch der Hinterleib je 2 Paar Füsse, demnach im ganzen 4 Paar Gliedmassen anzutreffen sind. Der Kopf stellt eine Kegelform mit schmälerem Vorder- und breiterem Hintertheile dar. An dem ersteren sieht man eine verschiebbare röhrige Bohrwaffe (Kieferfühler in Stiletform), welche

von frei gezähnten Mandibeln eingeschlossen ist und bis zur Lippe zurückgezogen werden kann. Am Beginne des Vorderleibes ist das erste fünfgliederige Fusspaar angebracht, welches fast symmetrisch aufsitzende Borsten hat und am Fussende zwischen den Borsten befindlich je eine nach aussen gekehrte Hakenklaue besitzt. Letztere sind indess nur an dem lebenden Thiere zu bemerken, während bei dem abgestorbenen das Ende dieser Gliedmassen eingerollt erscheint. Hinter dem ersten Fusspaare befindet sich je ein aus einer dellenförmigen Vertiefung gestielt hervorragendes häutiges Bläschen (Schwingkolben), welches vollständig durchsichtig ist und von dem Thiere willkürlich eingezogen oder hervorgeschnellt werden kann. Unmittelbar dahinter und noch am Vorderleibe befindlich folgt das zweite fünfgliedrige Fusspaar, welches sich von dem ersten dadurch unterscheidet, dass es mit einer bläschenartigen, auf einem Stiele aufsitzenden Haftscheibe endigt. Der Stiel der Haftscheibe ist wieder zweifach gegliedert und an jedem Gliede dichotomisch getheilt. Auf das zweite Fusspaar folgt die oben erwähnte, Vorder- und Hinterleib von einander trennende Querfalte. An dem Hinterleibe sind die noch rückständigen zwei Fusspaare angebracht, welche gleich dem oben beschriebenen zweiten Fusspaare fünfgliedrig sind und ebenfalls bläschenartige auf einem Stiele aufsitzende Haftscheiben haben. Das letzte Fusspaar unterscheidet sich von den vorherigen zweien durch eine auffallend lange Borste, welche am letzten Gliede jedes Fusses vorkommt. Der Leib schliesst rundlich ab. Ein ziemlich grobstämmiges Tracheensystem theilt sich in der Darmgegend in mehrere feinere Zweige ab, wodurch das ganze Thier wie von einem Röhrensysteme durchzogen wird. Am Rücken des Thieres zerstreut finden sich symmetrisch gestellte, auf breiter Basis aufsitzende Dornen vor. Geschlechtstheile waren nicht aufzufinden.

Da in der Akarinenlehre keine derartige Milbe beschrieben oder bekannt ist, bezeichnet der Verf. diese Milbe als Chrithoptes (richtiger: Krithoptes von κριθή Gerste. A.) monunguiculosus — einklauige Gerstenlarve.

Carbolsäure hat Klaman (**33**) mit vorzüglichem Erfolge gegen Bienenstiche angewendet. In einem sehr schweren Falle bestand die Therapie in kalten Umschlägen auf den Kopf und einer Injection von 0·005 Acid. carbol. in Lösung in der Nähe der Stelle, wo durch

ein blaues Pünktchen die Stichstelle an der Lippe angedeutet war. Schon nach 15 Minuten war eine Abschwellung der Lippe und Augenlider deutlich bemerkbar und ebenso besserten sich allmälig die allgemeinen Erscheinungen. Im Verlaufe von $^3/_4$ Stunden traten noch 3 Anfälle von convulsivischem Zittern auf. Nach 2 Stunden konnte indessen die Frau schon sprechen und Tags darauf war sie vollkommen wohl. Nur die Unterlippe blieb noch einige Tage leicht geschwollen.

Bei einer vor eilf Monaten aus Indien (Hyderabad) heimgekehrten jungen Dame, die acht Monate lang gesund geblieben war, hatte sich nach T. Fox (**34**) drei Monate vor der Consultation an der Aussenseite eines Fusses eine beträchtlich juckende Beule ausgebildet. Aus derselben war beim Anstechen wässerige Flüssigkeit ausgeflossen, die Umgebung geschwollen und livid. Die Oberfläche wurde abgetragen und es gelang aus dem Innern der Beule einen Wurm zu entfernen, worauf die Heilung sehr rasch erfolgte. Nach kurzer Zeit kam an einer anderen Stelle des Fusses eine zweite Wurmbeule zum Vorschein. Der aus derselben entfernte Wurm hatte eine Länge von $23^1/_2$ Zoll. Verf. legt bei der Behandlung des Guineawurms Werth auf die innerliche Verabreichung von Assa foetida.

Simon hat (35) bei einer grösseren Reihe von Versuchen das Pilocarpin als ein sehr günstig einwirkendes Mittel gegen Prurigo bewährt gefunden.

Die Art der Anwendung war folgende: Im Allgemeinen wurde Erwachsenen täglich einmal eine subcutane Injection von 1 Grm. einer 2%igen Lösung von Pilocarpinum muriaticum gemacht, so dass der Pat. 0·02 Pilocarpin erhielt. An Stelle des Pilocarpins machte Verf. auch vielfach Gebrauch von Syrupus Jaborandi. Dieser bisher noch nicht officielle Syrup ist nach Analogie des Syrupus chamomillae hergestellt, nämlich 3 Theile Folia Jaborandi mit 15 Theilen Aq. destill. bull. übergossen und im Filtrat 18 Theile Zucker aufgelöst. Von diesem Syrup erhielten Erwachsene 2 bis 3 Esslöffel pro dosi, grössere Kinder 2 Kinderlöffel, kleinere Kinder einen Kinderlöffel. Stets wurden die Pat. sofort nach der Application des Mittels in wollene Decken gehüllt, und blieben zwei bis drei Stunden darin liegen.

Während bei Psoriasis-Kranken meist absolut keine Schweisseruption an den erkrankten Stellen zu erzielen war, schwitzten selbst hochgradig Pruriginöse meist sofort profus.

Die bekannten Nebenwirkungen des Pilocarpins waren bei Pruriginösen ganz die nämlichen, wie bei anderen Kranken. Am lästigsten fiel auch hier die speicheltreibende Kraft des Mittels. Bei einzelnen Pat. wurde Nausea hervorgerufen, und bei einigen musste wegen jedesmaligen starken Erbrechens die Kur aufgegeben und zu einem anderen Verfahren übergegangen werden. Der Syrupus Jaborandi, welcher in grossen Dosen dieselben Nebenwirkungen hat, wurde meist recht gut vertragen.

Der heftige Juckreiz liess nach den ersten Applicationen des Mittels nach oder verschwand alsbald gänzlich, wie dies freilich auch bei anderer Medication nicht selten der Fall ist.

Bald wird auch das Exanthem auffallend geringer, es erfolgen geringere Nachschübe pruriginöser Eruptionen, und da die Pat. wenig oder gar nicht mehr kratzen, wird die Haut in den folgenden Tagen immer glatter. Die Inguinaldrüsen schwellen ab, ohne dass eine locale Therapie erforderlich wäre. Sodann beginnt die Haut auch weicher zu werden, und die tiefen Furchen, ein Ausdruck der starken Wucherung des Papillarkörpers, werden flacher. Im Allgemeinen ist schon nach 14 Tagen, in hochgradigen Fällen nach 3—4 Wochen eine vollständige Involution erfolgt. Nur wenige ganz inveterirte Fälle verlangten eine längere Fortsetzung der Kur.

Später combinirte Verf. das blos interne Verfahren mit örtlichen Mitteln und konnte sich überzeugen, dass der Verlauf des Uebels ein noch schnellerer war. So kann man die Pat. am Tage schwitzen lassen und des Nachts eintheeren, oder man lässt des Vormittags schwitzen, und lässt die Pat. des Nachmittags mit Oleum Rusci einpinseln, und dann ein bis zwei Stunden im warmen Bade.

Zum Schluss hebt Verf. hervor: auch das Pilocarpin ist kein definitives Heilmittel für Prurigo; die Recidive bleiben auch hier nicht aus.

Im Anschluss an diese therapeutische Mittheilung, fügt der Verf. einige Bemerkungen zur Pathologie der Prurigo hinzu:

Hebra hat bekanntlich die Prurigo für ein unheilbares Uebel erklärt. Zwar hat nun auch Simon die unbedingte Ueberzeugung, dass eine Prurigo, welche ein bestimmtes Lebensalter überschritten hat, unheilbar ist. Aber er glaubt, dass das ausgesprochenste Bild der Prurigo in den ersten Lebensjahren schwinden und vollständig heilen kann. Verf. weist nun auf die häufigen Verwechslungen von

Urticaria papulosa im frühen Alter mit Prurigo hin, sah aber von Prurigo doch einige unzweifelhafte Fälle vollständig sich involviren und heilen und formulirt daher die Prognose für Prurigo folgendermassen: Prurigo, welche über das vierte Lebensjahr hinaus anhält, ist unheilbar. Vor dem vierten Lebensjahre können ausgesprochene Fälle von Prurigo, wenn auch selten, zur Heilung gelangen.

Hinsichtlich der Verbreitung und des Vorkommens der Prurigo in Deutschland weist Verf. darauf hin, dass dieselbe (welche in England und Amerika höchst selten ist) in Wien sehr häufig, aber in Breslau und Berlin und zwar in schweren Formen ebenfalls häufig sei (2—3% aller Hautkranken).

Was die pathologische Anatomie der pruriginösen Haut betrifft, so konnte Verf. die Befunde von Derby, Gay etc. im Ganzen bestätigen, fand aber ganz die nämlichen Bilder bei Untersuchung auch anderer chronischer Entzündungszustände der Haut (wie dies Esoff selbst für gesunde Haut schon früher dargethan hat, s. diese Vierteljahressch. 1877 p. 595. A.) und möchte ihnen daher durchaus keine pathognomonische Bedeutung für Prurigo vindiciren. Besonders bezieht sich dies auf die Wucherungszustände der Haarwurzelscheiden und der Arrectores pili.

Was die haartreibende Wirkung des Pilocarpin betrifft, hatte Verf. Gelegenheit, einen Knaben mit Prurigo und Alopecia areata zu behandeln. Trotzdem Pat. drei Wochen lang mit Pilocarpin behandelt wurde und seine Prurigo sich sehr schnell involvirte, zeigte sich während und nach der Kur nicht der geringste Nachwuchs von Haaren an den kahlen Stellen.

Ferner boten sich ihm jüngst zwei Fälle von universeller Alopecia bei zwei ca. 30 Jahre alten Frauen. Beide hatten nicht nur die Kopfhaare sämmtlich verloren, sondern auch Augenbrauen, Cilien, Achsel- und Schamhaar, sowie sämmtliche Wollhaare des ganzen Körpers. Die eine Pat. entschloss sich zur Pilocarpinkur und erhielt auf der Klinik zwanzig Einspritzungen mit Pilocarpin. Einige Wochen nachher stellte sie sich wieder vor; die Wollhaare waren am ganzen Körper gewachsen. Doch wagt Verf. nicht zu entscheiden, ob dieses post hoc ein propter hoc war oder nicht. Jedenfalls sind in dieser Richtung weitere Prüfungen nöthig.

Bei anderen Hautkrankheiten versuchte Verf. die Pilocarpinbehandlung, ohne irgend welche günstige Resultate. Bei einem Falle von

hochgradigem Pemphigus foliaceus war, wie sich dies erwarten liess, die Wirkung eine sehr ungünstige. Es trat starke Röthung und Schmerzhaftigkeit der Haut ein. Bei Psoriasis war der Erfolg ein ganz negativer, ebenso bei Eczemen. Bei Lues kann man von Pilocarpin an Stelle des Zittmann'schen Decocts Gebrauch machen. Neben der Schmierkur empfiehlt sich jedoch das Mittel nicht, da Verf. in einer grossen Reihe von Fällen sehr frühzeitig Stomatitis mercurialis eintreten sah.

Eine der häufigsten Ursachen des Pruritus vulvae ist nach Thomas (36) diejenige Leukorrhöe, welche so scharf ist, dass sie den Finger des untersuchenden Arztes reizt und nach dem Coitus eine Urethritis beim Manne erzeugt. Diese unterscheidet sich von der specifischen Urethritis, dem gewöhnlichen Tripper, durch ihre kurze Dauer und leichte Heilbarkeit. Will man sich davon überzeugen, ob die Vaginalblennorrhöe die Ursache des Juckens ist — da dasselbe ebensowohl durch Ascariden, als auch durch beginnenden Diabetes bewirkt werden kann — so braucht man nur die Vagina mit Watte zu tamponiren, welche vorher in einer Auflösung von Tannin und Glycerin getränkt war. War die Leukorrhöe allein die Ursache, so wird innerhalb 12—24 Stunden die Kranke das Jucken und den Ausfluss verlieren und von beiden Leiden leicht befreit sein (? A.).

37. **Königer.** Beobachtungen über Elephantiasis auf Samoa. (Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. XXIII. Heft. 2. 1879.)

38. **Pinnock** und **Leonard.** Ligatur der Femoral-Arterie wegen Elephantiasis Arabum. (The Lancet vol. I. p. 44, 1879. — Brit. med. Journ. vol. I. p. 934, 1879.)

39. **M'Gregor.** Anwendung der Esmarch'schen elastischen Binde bei Elephantiasis Arabum. (The Glasgow med. Journ. Nr. 2. 1879. — Centralbl. f. Chir. Nr. 32, 1879.)

40. **Marquez.** Beitrag zur Lehre von der Lymphorrhagie und Lymphatokele. (Gaz. hebdom. Nr, 16. 1879.)

Nach Königer (37) soll unter den auf der Insel Samoa herrschenden endemischen Krankheiten Elephantiasis Arabum die allerhäufigste sein. Turner, Arzt der London Missionary Society,

gibt, auf eine achtjährige Erfahrung gestützt, an, dass mindestens 50% der ganzen erwachsenen Bevölkerung davon befallen werden, ja in vielen Familien leiden sämmtliche Mitglieder daran und nur in günstigen Fällen sollen die kleineren Kinder davon ausgenommen sein. Der Verfasser, der sich einige Zeit auf den „Schiffer-Inseln" aufgehalten hat, berichtet, dass er in Bezug auf die Häufigkeit der Erkrankung eine Prädisposition des Geschlechtes oder der Race nicht gefunden hat, dass aber das Alter von den Pubertätsjahren angefangen, sowie einzelne Körpertheile, so die Ober- und Unterextremitäten wie auch das Scrotum, eine besondere Neigung dazu zeigen. Turner erzählte ihm, dass Elephantiasis-Ausbruch an neunjährigen Kindern auf Samoa gar nicht zu den besonderen Seltenheiten gehört. Beide Aerzte sprechen sich dahin aus, dass die Bodenverhältnisse in erster Linie und dann die Lebensweise der Leute — ungenügende Reinlichkeit und mangelhafte Beschaffenheit der Nahrung — als krankmachende Factoren anzusehen sind. Die Einwohnerschaft Samoas hält sich nämlich fast ausschliesslich auf dem flachen Küstenstriche auf, dieser aber ist an mehreren Orten mit ausgedehnten Süss- und Brackwassersümpfen bedeckt. Werden während des Sommers, von October bis März — Samoa liegt an 13—14° s. B. — der eigentlichen Regenzeit, die bewohnbaren Plätze unter Wasser gesetzt, so pflegen dann die während der Wintermonate fast unausgesetzt wehenden kräftigen Südostpassate nicht wenig dazu beizutragen, dass sowohl der Wasserdampfgehalt der Luft, wie auch die Niederschläge im Allgemeinen reichliche seien. Um diese Zeit sollen auch bei den meisten Leuten die ersten unter dem Krankheitsbilde des Erysipels auftretenden Attaquen erscheinen und bei jenen, die bereits damit behaftet sind, dieselben sich häufiger einstellen. Turner glaubt daher, dass die Eleph. Arabum gewissen miasmatischen Einflüssen unterliege und behält diese Auffassung bei seinem therapeutischen Vorgange bei. Im Beginne der Erkrankung, bald nach den ersten Erysipel-Anfällen, empfiehlt er Veränderung, resp. Verlassen des Aufenthaltsortes und nur dort, wo dies nicht ausführbar ist, verordnet er durch längere Zeit zu gebrauchende grosse Dosen Chinin oder Arsenik. Hat sich die Verdickung der betreffenden Körpertheile in dem Grade entwickelt, dass eine Rückbildung nicht vorauszusetzen ist, so wird zur Operation geschritten. K. führt zum Schlusse die von Turner bei Eleph. scroti mit besonders günstigem Erfolge — von 75 operirten Fällen starb

einer an colliquativer Diarrhoe — geübte Operationstechnik an. Das Verfahren unterscheidet sich von dem sonstigen blos durch Anlegen eines stählernen Klemmapparates zur Verhütung von Blutungen.

Pinnock berichtet (38) über eine 40jährige Wäscherin, deren Eltern nicht an Elephantiasis litten, welche im Uebrigen gesund erscheint — nur ein systolisches Geräusch besteht an der Herzspitze — und welche vor 20 Jahren nach der Geburt des ersten Kindes eine Anschwellung der linken Knöchelgegend bekommen haben will, vor 8 Jahren ebenfalls am rechten Knöchel. Die Anschwellungen haben sich allmälig bis zur Mitte des Unterschenkels verbreitet, sind fest anzufühlen und leicht geröthet. Der Umfang beträgt in der Wadengegend links $27^{1}/_{2}''$, rechts $26^{1}/_{2}''$, am Fussgelenk links 28″, rechts 26″. Knötchenförmige Hautexfoliationen bestehen an beiden Beinen, ebenso aus diesen hervorgegangene Geschwürsstellen. Da alle angewandten Mittel ohne Erfolg geblieben waren, so beschloss P. nach Carnochan die Ligatur der linken Femoralis, obwohl Holmes ihr nur einen temporären Erfolg vindicirt und Erichsen unter 15 Fällen nur 7 Heilungen und 3 Besserungen verzeichnet fand. Als nach 7 Wochen die Operationswunde geschlossen war, betrugen die Masse: Wade links $23^{1}/_{2}''$, rechts 23″; Fussgelenk links $22^{3}/_{4}''$, rechts 19″; als Pat. einige Tage aufgestanden war: Wade links 25″, rechts $24^{1}/_{2}''$; Fussgelenk links $24^{1}/_{2}''$, rechts $21^{1}/_{4}''$. Nach 4 Monaten sind dieselben Masse vorhanden: Wade links $23^{1}/_{4}''$, rechts $23^{1}/_{2}''$; Fussgelenk links 25″, rechts $22^{1}/_{2}''$; am linken Beine bestehen keine Geschwüre, am rechten nur einige; auf die Eruption neuer Knötchen am Beine üben Digitalis und Ergotin sichtlichen Einfluss.

Einen ähnlichen Fall beschreibt Leonard: Der 19 Jahre alte Bursche hatte England nie verlassen. Nach den Angaben der Mutter soll das ganze rechte Bein seit dem 5. Lebensmonate sichtlich stärker geworden sein und seitdem langsam aber gleichmässig bis vor 3 Monaten an Dickenwachsthum zugenommen haben. Das hypertrophische rechte Bein fühlte sich fest an, die Anschwellung reichte bis zu den Nates hinauf und war am stärksten im unteren Theile des Unterschenkels. Die verdickte Haut des Fusses und der hinteren Fläche des Unterschenkels war rauh, dunkel gefärbt; rechterseits bestand eine Hydrokele und Verdickung des scrotalen Gewebes. Die Masse der Beine waren in der Mitte des Oberschenkels rechts $19^{1}/_{2}''$,

links 15'', am Knie rechts 16'', links 12'', in der Mitte des Unterschenkels rechts $23^1/_2$'', links $10^1/_2$'', am Rücken des Fusses rechts $13^1/_4$'', links 8'', an der Basis der Zehen rechts $11^1/_4$'', links 8''.

Absolute Ruhe mit erhöht gelagertem Fusse verminderte nur etwas das Volumen des Beines. Ligatur der Femoralis mit nachfolgenden Einwickelungen ergaben nach 3 Monaten folgendes Resultat: die Hydrokele ist verschwunden. Die Masse in der Mitte des Oberschenkels sind 17'', des Unterschenkels $10^1/_4$'', des Fusses $10^1/_2$'', und an der Basis der Zehen $9^1/_4$''. Nach fast 3 Jahren 19, $11^1/_2$ und $10^1/_4$ Zoll.

In diesem Falle ist somit nicht nur ein Stillstand des Processes, sondern auch ein Rückgang durch die Ligatur bewirkt worden. In 69 Fällen von Arterienligatur wegen Elephantiasis Arab. trat 40mal Heilung, 13mal Besserung (3mal nur vorübergehend) ein, 16mal blieb der Zustand ungeändert.

Eine 30jährige Frau litt nach M'Gregor (**39**) an Elephantiasis der linken grossen Schamlippe; dieselbe war in einen birnförmigen Tumor verwandelt, welcher gegen sein dickeres unteres Ende hin 12 Zoll, an der engsten Stelle oben 6 Zoll im Durchmesser hatte. Er reichte hinab bis an das Knie. Die Oberfläche war stellenweise gewulstet und zeigte zwei oder drei ulcerirende Flächen. Das Gewicht des Tumors betrug ungefähr $21^1/_2$ Pfund.

Vf. operirte die Frau in ihrer Privatwohnung auf folgende Weise: Nachdem in der Längsaxe des Tumors ringsherum, etwa in der halben Höhe beginnend, Heftpflasterstreifen applicirt worden waren, wurden die freien Enden derselben zusammengerollt und mit einer Schnur verbunden, welche durch einen an der Decke befindlichen Kloben gezogen wurden. Dadurch konnte der Tumor in die Höhe gehoben und gehalten werden. Jetzt begann die Narkose und dann die Einwicklung des Tumors mit einer Gummibinde von unten nach oben zum Halse des Tumors hin. Obgleich die Binde nicht sehr fest angezogen wurde, so presste sich doch so viel Parenchymflüssigkeit nach oben, dass der Mons veneris und seine Umgebung ödematös wurden. Es musste daher schnell so hoch als möglich der constringirende Gummischlauch fest angelegt werden. Als nun die Binde entfernt und die Haut des Tumors punktirt war, entleerte sich noch eine grosse Quantität seröser Flüssigkeit aus den Stichöffnungen in sehr kurzer Zeit. Nach Durch-

ziehung zweier Fäden durch den Hals der Geschwulst dicht am Gummischlauch schnitt Vf. mit wenigen Messerzügen den Tumor ab. Blut entleerte sich dabei nicht, und verlor Pat. auch nur wenige Tropfen desselben, als nach Unterbindung von 20 Gefässen der constringirende Schlauch entfernt worden war.

Pat. genas sehr schnell und behielt eine erstaunlich geringe Deformität zurück.

Nach der Operation wog der Tumor wegen seines Verlustes an Blut und Serum nur noch 10 Pfund. In diesen Fällen wirkt die elastische Constriction in der That blutersparend und glaubt Vf. daher, dass diese Operationsmethode allen übrigen vorzuziehen sei.

Ein 19jähriger Junge, gross, lymphatischer Constitution, sehr abgemagert und elend, so dass er kaum gehen konnte, bot nach der Krankengeschichte von Marquez (**40**) am rechten Oberschenkel folgendes Bild: An der vorderen, inneren Seite des Schenkels ein in der Breite mehr als $^1/_3$ des Schenkelumfanges einnehmender, teigiger, hier und da härtliche Stellen enthaltender, völlig schmerzloser und auf der Fascie beweglicher Tumor, der ca. 3 Querfinger unter der Inguinalfalte beginnt, sich diffus bis in die Gegend des inneren Tibiaknorrens ausbreitet, und im unteren Drittel von einer tiefen Querfurche durchzogen ist. Auf der Haut des Tumors und der Inguinalgegend sind mit der Loupe leicht hier und da zerstreute Lymphatokelen zu sehen. Auf der bräunlich verfärbten Haut des oberen Geschwulstantheiles, sowie auf der ganz gesunden der Regio ilio-pubica finden sich warzenähnliche, bräunliche Auswüchse (Mollusca elephant. et lymphorrhag. nennt sie der Vf.), die jedoch elastisch sind; die Palpation zeigt deutlich das Vorhandensein einer varicösen Dilatation des oberflächlichen Lymphgefässnetzes. Aus der Spitze der besagten Auswüchse wird, insbesondere wenn durch Muskelanstrengung oder das Reiben an den Kleidern der Tumor gereizt ist, eine milchähnliche Feuchtigkeit secernirt. Im Alter von 7 Jahren war der Junge typhuskrank gewesen; 4 Jahre darnach waren in der rechten Inguinalgegend kleine, linsenförmige Erhabenheiten (ähnlich, wenn auch viel kleiner, wie obige Excrescenzen) erschienen, ohne sonstige Veränderungen an der Haut. 5 Jahre hiernach soll der rechte Oberschenkel oben an der Innenseite angeschwollen sein, nachdem 4 Wochen lang zuvor ein gastrisches Fieber bestanden hatte. Die Geschwulst entwickelte sich bald

zu ansehnlicher Grösse; die Achseldrüsen rechterseits schwollen temporär an und wieder ab, während in der Leistenbeuge es überhaupt nie im Verlaufe dieser Krankheit zu Drüsenschwellungen kam. Exstirpation der Geschwulst an der Innenseite des Schenkels. Was von der Haut krank war, wurde in den Ovalairschnitt mit einbezogen, und die Loslösung der Geschwulst begonnen. Die fibrösen Adhärenzen zwischen Tumor und Aponeurose sehr reichlich, stellenweise sehr dick und fest. Blutung unerheblich. Das entfernte Stück wog fast 1 Kilogramm; die spätere mikroskopische Untersuchung desselben ergab: Hypertrophie aller Elemente der Haut und des subcutanen Zellgewebes über der Fascie. Nachdem die Heilung ohne Zwischenfälle erfolgt war, wurden die grösseren der oben erwähnten Lymphe secernirenden Excrescenzen in 4 Sitzungen mit dem Glüheisen zerstört. Gegen die kleineren wurde Perchlor. ferri und Jodtinctur angewandt. Heilung nach 3 Monaten, die nach 4 Jahren fortbesteht. Pat. ist gesund und Vater eines kräftigen Knaben.

41. Thin. Ueber die Pathologie des Lupus, mit besonderer Beziehung auf die sog. Riesenzellen. (Med. Chir. Transact. [Royal Soc. of London] Vol. 62, 1879.)

42. Piffard. Weitere Beiträge zur Lupusbehandlung. (The Medical Record 5. April 1879.)

43. Duffin. Salicylsäure local bei ulcerösem Lupus. (Med. Times, April 1879.)

44. Jamieson. Ein sehr ausgebreiteter Fall von Lupus erythematosus. (Edinb. med. Journ. Mai 1878.)

45. Anderson. Ueber den Gebrauch von Jodstärke gegen Lupus erythematosus. (Brit. med. Assoc. 1879.)

46. van Harlingen. Ueber ulcerirendes Scrofuloderma. (Arch. of. Dermat. April 1879.)

Thin hat (**41**) über die sogenannten Riesenzellen bei Lupus die Ansicht gewonnen, dass dieselben nicht unabhängige organische Bildungen seien, sondern dass die Wände der „Riesenzellen“ nichts Anderes als veränderte Blutgefässröhren, die als Protoplasma beschriebenen Objecte zerfallene rothe Blutkörperchen, die Kerne in der Peripherie Gefässwand-Kerne und die centralen Kerne Kerne von farblosen Blutkörperchen seien. Die Meinung Lang's (diese

Vtljhrsch. 1875 p. 1, 1876 p. 603), dass die Zelleninfiltration in einem Auswachsen des Protoplasma der Capillarwände begründet sei, theilt Vf. ebensowenig, als die ursprüngliche Annahme von Auspitz und Virchow vom Entstehen der neuen Zellenbildung aus Bindegewebszellen; dagegen stimmt er mit Thoma (s. d. Vtljhrsch. 1877 p. 267) überein, dass die Lupuszellen metamorphosirte weisse Blutkörperchen seien.

Die von Lang beschriebene glasige Verquellung von Blutgefässröhren bei Lupus hat der Verf. ebenfalls beobachtet und hält sie für ein frühes Stadium der „Riesenzellen"-Bildung. Eine Entstehung der Riesenzellen aus dem Endothel und den weissen Blutkörperchen auf Kosten der rothen und des Fibrins im Lumen verstopfter und obliterirter Gefässe, wie sie Cornil (Robin, Journ. d'Anatomie Nr. 3, 1878) neuerlich in tuberculösen Lymphdrüsen geschildert hat, kann der Verf. nicht zugeben.

Den bereits früher veröffentlichten 10 Fällen fügt Piffard (42) noch andere 8 Fälle von Lupus hinzu, in welchen er die lupösen Hautpartien mit dem Messer und Schablöffel entfernte und nachträglich das Glüheisen applicirte.

Er gibt an, bei dieser Behandlungsmethode, wenn er die kranken Partien ausgiebig entfernt hatte, keine Recidive beobachtet zu haben (?) und dass die zurückbleibende Narbe weicher und weniger entstellend sei. Innerlich verabreichte er Phosphor, Hydrocotyle asiatica, Salicylsäure etc. Kleine unzweifelhaft lupöse Knoten sollen blos bei interner Behandlung zum Schwund gebracht worden sein.

Schiff.

Ueber einen 4 Jahre bestehenden Fall von ulcerösem Lupus des Gesichts berichtet Duffin (43), dass Salicylsäure in Lösung und Pulver äusserlich von grossem Nutzen gewesen sei (? A.).

Einen sehr ausgebreiteten Fall von Lupus erythematosus beschreibt Jamieson (44) bei einem 36jährigen Photographen, der seit 20 Jahren einen rothen Fleck auf der Haut der linken Wange trug, zu dem sich vor 11 Jahren eine Eruption an Händen und Füssen und seit 4 Jahren eine Ausbreitung des Leidens auf die Nase, die rechte Wange, die Ohren und den Nacken gesellte. Die Haut der Ohren und der Handrücken zeigte starke Trockenheit und

Verdickung sowie reichliche Abschuppung, die Zehenballen eine warzenartige Auftreibung. An ausgeschnittenen Hautstücken vom Ohre und vom Handrücken ergab sich: am Ohr, dessen Erkrankung von jüngerem Datum war, blos eine Anhäufung von Granulationszellen um die Haarbälge, die Epidermis darüber normal. An der Haut des Handrückens dagegen, welche seit 11 Jahren erkrankt war, zeigte das Mikroskop: die Oberfläche der Hornschicht uneben, gelockert, hie und da liess sich colloider Inhalt von Hornzellen entdecken. Die Schicht von Langerhans (basale Hornschicht Unna, Stratum lucidum Schrön) deutlich als Band markirt und ihre Elemente aufgetrieben. Die Stachelschicht nicht verändert, Stacheln deutlich. Die Papillen verdickt, aber nicht verlängert. Zelleninfiltrat in der oberen, ein feines Maschenwerk darstellenden Lederhautschicht so reichlich, dass die Bindegewebsmaschen völlig ausgefüllt erschienen; tiefer im Corium dagegen fehlte das Zelleninfiltrat gänzlich. Talgdrüsen und Haarfollikel waren kaum zu entdecken. Der Befund gleicht nach dem Verf. ziemlich demjenigen, welchen er von Präparaten von der exfoliativen Form des Lupus vulgaris erhalten hatte.

Der Verf. empfiehlt Einreibungen mit Spir. saponatus kalinus (2 Th. Kaliseife in 1 Th. Methylalkohol) mit sorgfältigem Abwaschen der Flüssigkeit vermittelst warmen Wassers, dann Auflegen von Ung. diachyli. Bei seinem Kranken erzielte J. dadurch bedeutende Besserung. Jänner 1878 wurde Chrysophansäure (20 Gran auf die Unze Fett) aber mit ungünstigem Erfolge 10 Tage lang versucht, dann Ung. petrolei mit Bleioxyd (2 Dr. auf 1 Unze), welche sehr gut vertragen wird.

Nach dem Vorgange von Colligan hat Anderson (**45**) folgende Formel für Jodstärke innerlich gegen Lupus erythematosus angegeben: Rp. Jodi puri gr. 24, contere cum aliq. aquae, sensim addendo Amyli puri unc. unam usque ad colorationem nigrocaeruleam aequabilem totius massae, dein sicca mediocriter calefaciendo et serva in vitro bene clauso. D. s. Einen gehäuften Theelöffel voll in Wasser dreimal täglich zu nehmen und die Dose nach und nach zu steigern.

van Harlingen beschreibt (**46**) ein 20jähriges Hautleiden bei einer 70 Jahre alten Frau, welches er für bisher nicht beschrieben hält. Die Affection, welche mit langsam zunehmender Rauhigkeit der

Haut der unteren Extremitäten begonnen hatte, bestand aus rothbrauner, nur auf den Beinen aschgrauer Färbung der schuppigen Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen und der Nasenspitze. Fleckige oder schuppige Plaques, Geschwüre, Knötchen und Knoten bedeckten die Haut, die sich nach und nach aus initialen Knötchenefflorescenzen herausgebildet hatten. Die Kranke starb an Erschöpfung. Die Untersuchung der Haut zeigte überall Zelleninfiltration in der Lederhaut — gleichmässig vertheilt, ohne Gruppenbildung. Der Verf. gibt dieser universellen Granulationserkrankung der Haut den Namen „ulceröses Scrofuloderma."

47. **Eklund.** Ueber Elephantiasis Graecorum oder Lepra Arabum. (Stockholm 91 S. gr. 8⁰. 1879.)
48. **Neisser.** Zur Aetiologie des Aussatzes. (Vortrag, gehalten am 10. October 1879 in der medicinischen Section der schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau. (Separat-Abdruck aus der Breslauer ärztlichen Zeitschrift No. 20 u. 21.)
49. **Armauer Hansen.** Bacillum Leprae. (Virchow's Arch. 79. Bd. 1880.)
50. **Tschirjew.** Rückenmark- und Hauterkrankung bei einem Falle von Lepra anaesthetica. (Gaz. méd. Nr. 13, 1879.)
51. **Hoggan.** Ueber die Lymphgefässe bei Lepra. (Transactions of the Pathol. Soc. London 1879.)
52. **Hoggan.** Ueber die Veränderungen in den Schweissdrüsen bei Cancer und Lepra. (Transact. of the Pathol. Soc. 1879.)
53. **Schwimmer.** Ueber das Vorkommen der Lepra in Ungarn. (Pester med. chir. Presse 1880.)
54. **Milroy.** Gurjun-Oel gegen Lepra. (Med. Times. p. 643. Juni 1879.)

Eklund (47) spricht sich mit Hansen (s. d. Vtljhrssch. 1875 p. 70) dafür aus, dass das hereditäre Moment in der Lepra von weit geringerer Bedeutung sei, als bisher allgemein angenommen wird. Für eine Reihe von Fällen, in welchen sich bei starkem Glauben an die Hereditàt der fraglichen Krankheit unter theilweiser Zuhilfenahme des Atavismus die Krankheit als eine ererbte darstellen liess, weist Verf. nach, dass es sich hier vielmehr um Ansteckung gehandelt habe, und dass diese Annahme das Auftreten der Krankheit viel ungezwungener

erkläre, als die oft weit hergeholte Heredität. Als Hauptmoment urgirt er das Zusammenschlafen mit Aussätzigen, das sich in den Haushaltungen der norwegischen Landbevölkerung oft kaum vermeiden lasse, jedenfalls sehr gewöhnlich sei, ferner das Essen mit demselben Löffel etc. Im Blut Lepröser, im Tuberkelinhalt, in der Conjunctivaflüssigkeit, im Schweiss, im Secret ihrer Geschwüre, in Morphaeaflecken, im Harn hat Verf. constant zahlreiche Bacterien gefunden, runde, einzellige, hyaline Gebilde, die er nicht Mikrococcen nennen will, weil sie eine sehr ausgesprochene Bewegung besitzen. Ihre verhältnissmässig sehr langsame Vermehrung will Verf. für die lange Incubationszeit der Lepra als Erklärung in Anspruch nehmen; die Vermehrung, die übrigens nicht allgemein sei, geschehe durch Theilung, es handle sich also nicht um Sporidien, sondern um echte Schizomyceten. Sie sind so klein, dass 50—100 in einer Platten-Epithelzelle Raum haben. An frischen Blutproben findet man sie den Rändern der weissen und rothen Blutkörperchen ankleben oder in ihrem Innern elfenbeinweiss durchschimmern, mit fortdauernder, wenn auch geringerer Beweglichkeit.

Die Dauer der Incubationszeit, die nach den unzuverlässigen Angaben der Patienten etwa 7—8 Jahre betragen würde, schätzt Verf. auf höchstens 1 Jahr. In einem besonderen Capitel speciell auf die Frage von der Contagiosität eingehend, betont Verf. auf das nachdrücklichste, dass die im 18. Jahrhundert fast erloschene Krankheit am Ende dieses und am Anfange des 19. Jahrhunderts wieder an Ausbreitung gewonnen habe, weil (?A.) zu dieser Zeit ein Umschwung in den Anschauungen der Aerzte sich vollzog, demzufolge die Seuche, die früher mit Recht als eminent ansteckend angesehen wurde, für ein Uebel erklärt wurde, das sich wesentlich durch Vererbung fortpflanze.

Für die Ansicht, dass die Lepra nicht auf miasmatischem Wege sich verbreite, führt Verf. die bekannten geologischen Verhältnisse der norwegischen Westküste an, deren Boden in keiner Weise geeignet erscheine, Miasmen aufzunehmen und ihre Weiterentwickelung zu begünstigen. Des weiteren wird diese Ansicht durch das völlige Fehlen der Intermittens in jenen Gegenden begründet.

Von der Ansicht ausgehend, dass die Mikrococcen die Erreger und Unterhalter der Lepra seien, sich aber dabei langsam fortpflanzen, schlägt Verf. zur Erzielung eines raschen Stoffwechsels Gymnastik,

Kaltwasserbehandlung und neben roborirender Diät die fleissige Anwendung von Diaphoreticis, Diureticis und Laxantibus vor, ausserdem das auf Réunion so viel gepriesene, vom Verf. übrigens nicht als Specificum angesehene Chaulmoogra-Oel (innerlich und äusserlich).

Auch Neisser fand in Präparaten von Leprahaut, die er aus Norwegen mitgebracht hatte (48), und zwar nicht nur in sämmtlichen 14 Hautstücken und Knoten, sondern auch in Leber, Milz, Hoden, Lymphdrüsen, Hornhaut Bacillen in reichlichster Zahl, Stäbchen, die ihm gänzlich unbekannt erschienen, deren Länge etwa die Hälfte des Durchmessers eines rothen menschlichen Blutkörperchens beträgt und deren Breite Verfasser auf $^1/_4$ der Länge schätzt. Am ähnlichsten sind sie den kleinen Bacillen, die Koch bei Septicämie der Mäuse abgebildet hat. In ungefärbten Schnitten vermochte Verf. diese winzigen Organismen nicht zu entdecken. Am schönsten traten sie bei Fuchsin- und Gentianaviolett-Färbungen hervor. Sie liegen entweder zu 2 oder 3 hinter einander, so dass scheinbar ein langer, bisweilen gekrümmter Faden vorhanden ist, oder es finden sich 6 bis 7 in fast regelmässiger Parallelstellung neben einander gelagert, oder sie bilden Haufen.

In späteren Stadien beobachtete Verf. einen Zerfall der Stäbchen in Körnchen, die aber nicht mit Micrococcen verwechselt werden konnten.

In der Haut sind die Bacillen zum überwiegend grössten Theile an die die lepröse Neubildung constituirenden grossen runden Zellen gebunden, ja letztere sind mit Bacillen bisweilen vollgepfropft.

Die Bacillen sind ziemlich gleichmässig in allen Schichten der leprösen Infiltration anzutreffen. Je länger die Affection besteht, desto weniger gut sind die Stäbchen erhalten, desto mehr tritt körniger Zerfall an ihnen ein. Unterhalb der Epidermis sah Verf. hin und wieder Zellen ganz von solchen zerfallenden Bacillen infiltrirt.

Neben diesen Bacilleninfiltrationen der Zellen spielt noch eine grosse Rolle eine bei älteren Lepraherden constant beobachtete Diapedese rother Blutkörperchen in das Gewebe. Es gilt dies ebenso für die Erkrankung der Haut, wie der Milz, der Lymphdrüsen und wahrscheinlich auch des Hodens.

Verf. fand übrigens die Stäbchen auch vereinzelt zwischen den Zellen in den Lymphspalten, oder in langen Zügen zwischen den

Bündeln des Bindegewebes, in den Lymphgefässen, in den Blutgefässen. Nach der Haut war der reichlichste Fundort der Hoden. Auf ungefärbten Präparaten sah man die Lumina der Hodenkanälchen ausgegossen mit einer goldgelben, leicht krümlichen Bacillenmasse.

Weniger reichlich waren sie in der Milz aufzufinden, in der sie kleine Haufen in der Nähe der Follikel bildeten, hier stets an grosse Zellen gebunden.

Eben solche Zellen waren im interacinösen Bindegewebe der Leber vorhanden.

In den Lymphdrüsen waren es die Randpartien, welche jene gelbbraunen scholligen Massen und bacillenhaltige Zellen zeigten.

Die Niere war frei. Auch in den Ulnarnerven fehlten die Stäbchen, jedoch auch die bekannte Einlagerung gelber Massen zwischen die Nervenbündel.

Auch die Cornea, die durch eine vom Rande nach der Mitte zu gerichtete Einwanderung von Lymphzellen getrübt war, enthielt zierliche Stäbchen.

In anästhetischer, makroskopisch unveränderter Haut, welche excidirt sofort in Osmiumsäure gehärtet worden, konnte Verf. weder Bacillen, noch sonst ein pathologisches Verhalten bislang nachweisen.

Verf. hält nach diesen Befunden dafür, dass die Lepra eine Bacterienkrankheit sei, wie dies bereits frühere Autoren, am exactesten unter ihnen Hansen, wahrscheinlich gemacht haben.

Endlich tritt auch A. Hansen, der eigentliche Begründer der Lehre von der Contagiosität der Lepra und von der Pilznatur derselben mit seinen berechtigten Prioritätsansprüchen gegenüber den obigen Publicationen hervor (49). Er theilt mit, dass er noch nicht daran gedacht hätte, seine Untersuchungen über diesen Gegenstand zu publiciren; da aber jetzt nicht nur ein schwedischer Arzt, Dr. Eklund, dem H. im vorigen Jahre meine Präparate vorzeigte und seine Anschauung über die parasitäre Natur der Lepra mittheilte, in einem neulich erschienenen Büchlein: „Om sptelska", die eigentliche Ursache des Aussatzes erwähnt als etwas, was er selbst gefunden habe in Form von Micrococcen, sondern auch Dr. Neisser aus Breslau, der in diesem Sommer sich einige Zeit in Bergen aufhielt, um den Aussatz zu studiren, gerade die Resultate seiner Untersuchung an den Präparaten, die er von hier mitgebracht, veröffentlicht hat und diese

Resultate auch darauf hinausgehen, dass die Präparate überall von Bacillen erfüllt sind, und diese Bacillen nicht nur von ihm, sondern auch von den speciellen Bacillenkennern, Prof. Ferd. Cohn und Dr. Koch, als eine eigenthümliche Species und als das Contagium des Aussatzes angesehen werden, so findet H. sich veranlasst mitzutheilen, was er bisher erreicht hat in seinem Suchen nach demselben Contagium. Verf. knüpft an den Bericht an, welchen er der medicinischen Gesellschaft in Christiania 1874 über seine Untersuchungen über „die Aetiologie des Aussatzes" erstattete (Norsk Magazin for Laegevidenskab. 1874. Heft 9 — d. Vtljhrschr. 1875 pag. 70).

In diesem Bericht hatte Verf. in grösster Kürze mitgetheilt, dass er in den Aussatzknoten oft, ja immer, wenn er darnach suchte, kleine stäbchenförmige Körper in den Geschwulstzellen gefunden habe, während er dagegen nimmer ähnliche Körper im frisch entleerten Blute aussätziger Patienten auffinden konnte. Gerade im Blute will Eklund jedoch die von ihm beschriebenen Micrococcen gesehen haben, welche Beobachtung Verf., nachdem er in der letzten Zeit wieder Blut von Aussätzigen untersucht hat, als ganz unzuverlässig ansehen muss.

Dagegen fand Verf. sehr oft, wenn Blutpräparate in feuchter Kammer aufbewahrt wurden, dass in denselben nach einigen Tagen gegliederte Fäden auftraten, die er als eine specifische Pilzbildung ansehen musste, da sie niemals in Blutpräparaten von gesunden oder syphilitischen Menschen auftrat. Nachdem sich Verf. längere Zeit mit diesen Untersuchungen des Blutes beschäftigt hatte, ging er daran, an den Knoten eine genauere Untersuchung anzustellen und berichtet nun über die Resultate dieser 1873 angestellten Untersuchungen.

Aus diesen mitgetheilten Notizen geht hervor, dass H. zwar Grund haben konnte anzunehmen, dass in den leprösen Productionen Bacterien vorkämen, dass er jedoch, auf diese Untersuchungen allein gestützt, nur eine Vermuthung in dieser Beziehung auszusprechen wagte, und noch mehr nur eine Vermuthung davon, dass diese Bacterien das eigentliche Gift seien, das, in den Organismus eingebracht, die Krankheit hervorrufe.

Um in dieser letzten Beziehung möglicherweise einen Anhaltspunkt zu gewinnen, versuchte Verf. Kaninchen den Aussatz beizubringen dadurch, dass er aussätzige Productionen. speciell Knoten,

unter die Haut der Thiere brachte. Keiner von diesen Versuchen gelang, was selbstverständlich nichts gegen die Annahme beweist, dass die vermeintlichen Bacterien das eigentliche Contagium seien. Verf. hat später diese Versuche nicht wiederholt und nur dann und wann bei Untersuchung von Knoten sich davon überzeugt, dass seine Beobachtungen in Bezug auf das Vorkommen schwingender, stäbchenförmiger Körper in denselben correct gewesen sind.

Die neuerlich von H. nach der Methode von Koch wieder aufgenommenen Färbungs-Präparationen haben nun ebenfalls positive Resultate ergeben, zuerst an einem in Osmium gelegten Knoten. Verf. hat aus diesem Knoten durch Färbung der Schnitte mit Methylviolett einige Präparate erhalten, in welchen die auch ohne Färbung leicht sichtbaren braunen Elemente sehr scharf aus den Umgebungen hervortreten als violett gefärbte Massen, die bei genauerem Nachsehen theilweise fein gekörnt, zum Theil deutlich aus kleinen Stäbchen zusammengesetzt erscheinen. Verf. hat durch dieses Präparat seine frühere Annahme bestätigt gefunden, dass die grossen braunen Elemente eigentlich nichts anderes sind, als entweder Zoogloeamassen oder Ansammlungen von Bacillen, die in Zellen eingeschlossen sind. Verf. hatte schon in seiner ersten Veröffentlichung „Forelöbige Bidrag til Spedalskhedens Karakateristik" (Nord. med. Arkiv Bd. 1, No. 13) hervorgehoben, dass er geneigt war, jene braunen Elemente als charakteristisch für aussätzige Productionen anzusehen, sowohl wegen ihres höchst auffälligen Aussehens, als weil sie constant an allen aussätzig afficirten Stellen auftraten.

Später ist es dem Verf. auch gelungen, in Schnitten aus in absolutem Alkohol gehärteten Knoten die Bacillen schön gefärbt zu erhalten. Sie kommen überall in den Schnitten vor, zum Theil vereinzelt, meistens aber in Gruppen zusammenliegend, was mit ihrem Vorkommen in den Zellen gut übereinstimmt.

Sollte sich die ausgesprochene Vermuthung von der wahren Natur der braunen Elemente mit der Zeit als Wahrheit bewähren, so würde die Specificität derselben Elemente vollständig bewiesen sein, und es würde dann weiter darauf ankommen, die Lebensbedingungen dieser Bacillen kennen zu lernen, und durch weitere Versuche ihre Uebertragbarkeit darzulegen, um endlich mit voller Zuverlässigkeit alle Zweifel an der eigentlichen Ursache des Aussatzes verschwinden zu lassen.

Tschirjew beobachtete (**50**) im Rückenmark eines Leprösen Atrophie der Ganglienzellen der Hinterhörner und der innerhalb der Clarke'schen Säulen gelegenen. Der Centralcanal und seine nächste Umgebung war voll kleiner embryonärer Rundzellen, nur in der Cervicalanschwellung war das auskleidende Epithel noch erhalten; auch die Wände einiger Blutgefässe waren verdickt und mit ähnlichem kleinzelligen Material infiltrirt. Die weisse Substanz, die vorderen und die hinteren Wurzeln waren intact. Die kleinsten Gefässe an der Mittelphalange des Fingers zeigten eine ausgesprochene Endarteriitis, Haut- und Unterhautzellgewebe war von kleinsten Zellen, namentlich um die Blutgefässe herum, vollgepfropft; kaum konnte man auf Durchschnitten durch die Pulpa der Nagelphalanx noch eine besondere Structur der Gewebe erkennen; alles erschien wie eine amorphe, weder durch Picrocarmin, noch durch Purpurin färbbare Masse. Statt der Nervenäste sah man Bindegewebsbündel mit einigen rundlichen Zellen. Eigentliches Nervengewebe war nicht mehr aufzufinden, selten nur begegnete man einigen spärlichen in Degeneration begriffenen Nervenfasern.

Vandyke Carter hat (27. u. 28. Band der Pathol. Transaction) die Behauptung aufgestellt, dass bei Lepra die Lymphgefässe der Haut sowie die Lymphscheiden der Nerven von Massen von Micrococcus oder Zoogloea umgeben seien. Dem entgegen behauptet Hoggan (**51**), dass die Lymphgefässe wohl bedeutend erweitert seien, besonders an den Stellen der Klappen, und dass sie von zelligen Elementen umgeben erscheinen, welche jedoch das ganze Bindegewebe der Cutis erfüllen, und keine Deutung als Micrococcus-Massen zulassen. Die Lymphscheiden um die Nerven hält der Verfasser überhaupt nur für hypothetische Gebilde.

Hoggan schildert (**52**) die Veränderungen, welche der Cancer einerseits und andererseits die Lepra an den Schweissdrüsen hervorrufen. Was den ersteren betrifft — wobei ausdrücklich der Epithelkrebs ausgeschlossen wird — hat H. den Nachweis zu führen versucht, dass die Endothelzellen der Schweissdrüsen, auch ohne directen Contact mit Krebszellen, (welche letztere nach der Ansicht des Verfassers dem Inhalt der von krebsig erkrankten Wanderzellen verstopften Lymphgefässe entstammen) erkranken, anschwellen und sich nach und

nach in eine amorphe Masse verwandeln, während die Basalmembran zum Platzen gebracht wird.

Bei Lepra werden die Schweissdrüsen und Glomeruli zuerst hypertrophisch, dann aber tritt Zerfall der Enchymzellen und Atrophie der Drüsenschläuche mit vollständigem Verschwinden der Drüsenbälge ein. Was Neumann (Lehrb. d. Hautkrankheiten) fälschlich als „Colloidkugeln" im Lepragewebe bezeichnet, erklärt der Verfasser für Durchschnitte von Schweissdrüsen und Glomerulis und was Neumann als „gewundenen Bindegewebsstrang, ehemaligen Haarbalg?" schildert, für Schweissdrüsen-Ausführungsgänge. Der Verf. hält die Zerstörung der Schweissdrüsen bei Lepra keineswegs für constant; stets beginnt sie jedoch in den tiefer gelegenen Theilen der Drüsen, und schreitet gegen den Ausführungsgang und längs desselben fort.

Schwimmer schildert (53) einen von ihm in Budapest beobachteten Fall von Lepra bei einer 46jährigen Frau, deren Familie angeblich nicht an Aussatz gelitten hatte. Die Frau war nie aus Ungarn hinausgekommen. Der Aussatz hatte sich (zugleich mit Rheumatismus) erst seit drei Jahren entwickelt. Im Gesicht war die Knotenform deutlich ausgeprägt, auf den übrigen Körpertheilen Flecke und Pigmentirungen mit einzelnen Borkenauflagerungen. Keine Anästhesie. Auf der Schleimhaut des Mundes einige Knoten. Stimme heiser. Die Kranke blieb nur zehn Tage in klinischer Beobachtung.

An diesen Fall von autochthonem Aussatze knüpft der Verfasser eine Abhandlung über das Vorkommen des Aussatzes in Ungarn überhaupt, der wir entnehmen, dass die Krankheit unter dem Namen „Pokol", (Hölle) und „Poklosság" im Volksmunde im 16. Jahrhundert bekannt war. Schon im 11. Jahrhundert soll es aber in Ungarn ein Xenodochium St. Lazars für Aussätzige (von den Kreuzzügen wahrscheinlich hieher verpflanzt) gegeben haben. Ferner ist in einer Chronik, ebenfalls aus dem 11. Jahrhundert, von einem „Puteus leprosorum", einer Begräbnissstätte für Aussätzige in der Nähe von Veszprim, die Rede.

Ein epidemisches Auftreten des Aussatzes in Ungarn im Mittelalter kann nach dem Verfasser nicht nachgewiesen werden.

Wir haben in diesen Blättern schon 1876 (pag. 94) über die zuerst von Dougall bekannt gemachten Erfolge des Gurjun-Oels

gegen Aussatz und später 1878 (pag. 449) nach Aiken über die in holländ. Indien ebenfalls gemachten günstigen Erfahrungen berichtet. In seinem Bericht über die Leproserie in Britisch-Guiana für 1877 constatirt auch Milroy (54) bei 25 von 32 Kranken günstige Heilerfolge. Ob letztere vielleicht nur vorübergehend seien, will Vf. noch nicht aussprechen.

55. **Lewin.** Ueber Präputialsteine. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 13 und 14. 1879.)
56. **Buch.** Dreiundzwanzig Atherome auf einer Glans penis. (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 25, p. 238. 1879.)
57. **Andouard** und **Malassez.** Acne sebacea und ihre Umgestaltung zu Cancroid. (Gaz. des Hôp. Nr. 34. 1879.)
58. **Besnier.** Ueber einen Fall von colloider Entartung der Haut, eine nicht beschriebene und nicht benannte oder unpassender Weise Colloidmilium benannte Affection. (Gazette hébdomadaire de médecine et de chirurgie Nr. 41, 1879.)
59. **Morselli.** Leucodermia partialis (Vitiligo) der Irren. (Rivista sperim. di freniatria e di med. leg. S. 77. 1879.)
60. **Dessois.** Ein Fall von Nigrities linguae. (Gaz. des Hôp. Nr. 28. 1879.)
61. **Sigler.** Entfernung von Muttermalen. (Med. chir. Centralbl. 1879.)
62. **Brunton.** Behandlung des Naevus mit Natrium-Aethyl. (Lancet 2. November 1878. — Amer. Arch. of Dermat. 1879, pag. 420.)
63. **Richardson.** Derselbe Gegenstand. (Lancet 9. November 1878.)

Lewin bespricht (55) drei eigene und die in der Literatur vorfindlichen Fälle von Präputialsteinen und hebt hervor, dass die Entstehung der Präputialsteine aus dem vom Präputium secernirten Smegma durch die anatomische Beschaffenheit der inneren Lamelle der Vorhaut seine Erklärung finde, weil sich meist ziemlich viel Talgdrüsen im Sulcus retro-glandularis, namentlich an der Umschlagstelle, nachweisen lassen. Doch können die Concretionen auch als wirkliche Harnsteine entstehen, welche sich nach und nach aus dem im Präputialsack angesammelten Harn gebildet haben, wo dann gleichfalls in der Mehrzahl der Fälle verdicktes Smegma und Schleim, vielleicht

auch manchmal Harngries, den Kern abgeben. Endlich können direct aus der Harnblase kommende Steine im Präputium haften bleiben, wenn dasselbe phimotisch verengert ist. Vergleichend anatomisch macht Vf. auf die Steine aufmerksam, die sich in den blinden Taschen der Vorhaut bei Schweinen und Pferden, wie man annimmt, durch Stagniren hineingesickerten Urins, ausbilden. Therapie: Operative Entfernung des Steines.

Bei einem Patienten, der vor 3 Jahren in der Nähe des Frenulum ein Geschwür gehabt und seit 1½ Jahren kleine Geschwülste an der Eichel bemerkt haben will, fanden sich nach Buch (**56**) ausser mehreren flachen Einsenkungen 23 stecknadelkopf- bis erbsengrosse Tumoren, welche der Fistel das Ansehen einer Maulbeere verleihen. Die Haut über ihnen ist äusserst dünn, fast ohne Blutung zu spalten; den Inhalt bildet eine gelblichweisse, schmierige bis feste Masse. Verf. hält diese kleinen Cysten für Glandulae Tysonii, welche wohl in Folge des durch einen weichen Schanker veranlassten Entzündungsreizes und der damit zusammenhängenden Epidermisabschürfung an ihren Mündungen verwuchsen.

Nach einer kurzen Mittheilung von Andouard und Malassez (57) sahen diese Autoren sich Epitheliom von den Talgdrüsen aus entwickeln. (Nähere Angaben sind zu erwarten. A.)

Besnier beobachtete (58) an einem 46jährigen Förster, welcher sich wegen einer ausgebreiteten Pityriasis versicolor in das Spital St. Louis aufnehmen liess, um die Nase, beide Augenhöhlen und Schläfengegenden bis erbsengrosse, gelblich-weiss durchschimmernde, bei Berührung härtlich anzufühlende Efflorescenzen. — Anfangs hielt er dieselben für Xanthelasmaflecken, allein sowohl die Localisation wie auch der eigenthümliche Glanz sprachen dagegen. Am meisten Aehnlichkeit zeigte der Ausschlag mit dem von E. Wagner beschriebenen Colloidmilium. Um nun endgiltig Bescheid zu erhalten, hat er einige Efflorescenzen derart abgetragen, dass gleichzeitig ein Theil des angrenzenden gesunden Gewebes mitgenommen wurde und fand eine colloide Entartung des Bindegewebes vor. Nach ihm soll diese regressive Metamorphose der Gewebe von den Blutgefässen aus eingeleitet werden und indem der eigentliche Sitz der Erkrankung im Corium sich befindet, werden allmälig nach unten das subcutane

Bindegewebe und nach oben die Papillen von dem Processe ergriffen. Die zelligen Elemente, das sind die Bindegewebskörperchen, die Epidermis, die Hautdrüsen und die Auskleidungen der Haarbälge bleiben davon vollständig verschont.

Der Verf. bezeichnet den Vorgang im Gegensatze zu E. Wagner's Colloidmilium als colloide Entartung der Lederhaut. Die Therapie besteht in künstlichem Entfernen derselben mittelst Scheere oder Aetzmittel.

Morselli schliesst (**59**) aus klinischen Beobachtungen, dass es eine Form partiellen Pigmentschwundes gebe (Leukodermie der Geisteskranken), die im Gefolge starker Gemüthsbewegung, schwerer physischer Störungen oder langwieriger und schwächender Nervenaffectionen auftrete.

Dessois (**60**) beschreibt einen Fall von Nigrities linguae, den er an einem Studenten der Medicin beobachtet hat. Die Krankheit hatte schon einige Monate gedauert, als Verf. den Patienten zu Gesicht bekam und wechselte beständig in der Intensität, sowie in der Ausdehnung der schwarzen Färbung der Zunge. Unter allmäliger Zunahme der Erscheinungen wurde die Zunge ganz trocken und rissig, wenn die Affection ihren Höhenpunkt erreicht hat, so stiess der ganze schwarze Beleg sich ab und die Zunge war rein und roth bis auf einzelne nachgebliebene kleine dunkle Reste, die dann wuchsen und allmälig wieder die ganze Zunge überzogen. Dieser Wechsel ging verhältnissmässig rasch vor sich, so dass im Laufe eines Monats der Höhenpunkt zweimal erreicht wurde. Dabei sind die Papillen bedeutend geschwellt und verlängert. Als Ursache des Leidens wurde ein Pilz erkannt, dessen Sporen in massenhafter Entwickelung, zuerst an der Basis der Papillen sich etablirend, allmälig die ganze Papille überziehend und zwischen die Epithelialzellen hineinwuchernd, die ganze Epitheldecke zerstören, in denen die einzelnen Zellen von einander getrennt werden, bis dann schliesslich das Ganze wie ein mortificirtes Gewebe abgestossen wird. Je nach dem augenblicklichen Stadium der Krankheit findet man daher im Zungenbelege entweder massenhafte oder sehr wenige, oder auch gar keine Pilzsporen. Genauere Untersuchungen über diese Pilzform fehlen bisher. Zur Behandlung werden empfohlen: Kali chloricum, Borax, Alkalien, Sublimat.

Zur Beseitigung der Muttermale wendet Sigler (**61**) Crotonöl in der Weise an, dass man durch einen Kork Nadeln sticht, so dass sie 3—4 Mm. mit den Spitzen hervorragen. Diese Spitzen werden mit Cotronöl benetzt, alsdann in das Muttermal eingesenkt und nun zurückgezogen. Es bildet sich auf der Stelle des Males eine Kruste. Diese Operation wird noch 2mal wiederholt.

Richardson hat 1870 zuerst die Anwendung des Natrium-Aethyl und anderer Aetherarten als Caustica vorgeschlagen, weil dasselbe mit Wasser in Natriumhydrat und Aethylalkohol übergeführt und dadurch zu einem Aetzmittel verwandelt wird, und je nach der stärkeren oder geringeren stufenweisen Abgabe von Wasser trockene Gewebe zum schichtenweisen Zerfall bringt. Auf gesunder Haut erzeugt es fast keinen Schmerz. Es kann überdies mit Opium oder localer Anästhesie angewendet werden, (mit Chloroform verwandelt es sich stürmisch in Cl Na und Triäthyläther. Richardson) epidermatisch oder subcutan injicirt. Kalium- und Natriumalkohol, gelöst in flüchtigem Amylhydrid, fungiren als caustische Solutionen von umschriebener Wirkung, indem das Hydrid verdunstet und das caustische Alkali zurückbleibt. (Die Aethyle werden bisweilen als Alkohole bezeichnet, weil in ihnen ein Atom Wasserstoff des Alkohol durch ein Atom Kalium oder Natrium ersetzt ist.) Brunton (**62**) und Richardson (**63**) haben nun das Natrium-Aethyl wiederholt gegen Naevus mit gutem Erfolge angewendet, ferner gegen Lupus, Angiome u. dgl. Man bereitet das Natrium-Aethyl durch stufenweises Zusetzen von metallischem Natrium zu absolutem Alkohol; nach dem Aufhören der Erhitzung und Entweichen von Wasserstoff zeigt sich eine krystallinische Substanz ($C_2\ H_5$ Na O) auf dem Boden der Flasche. Die Solution muss kalt aufbewahrt und vor anderen Flüssigkeiten in Acht genommen werden. (Wir möchten die Anwendung eines so heikligen Präparates widerrathen. A.)

64. **Ellinger.** Zur Aetiologie und Prophylaxe der Alopecia praematura. (Virchow's Archiv, Bd. 77, 1879.)
65. **Krebs.** Ein Fall von Hypertrichosis (Homo hirsutus. [Kopenhagen] — St. Petersburger med. Wochenschr. 34. 1879.)
66. **Georg Fox.** Ueber die permanente Entfernung von Haaren durch Elektrolyse.

67. **Malcolm Morris.** „Ueber Piedra". (London path. Soc. 18. März 1879. — Lancet 22. März 1879.)
68. **Walter G. Smith.** Eine seltene knotige Beschaffenheit der Haare. (Verh. der dermatol. Subsection der Jahresversamml. der Brit. med. Assoc. in Cork, 6. u. 7. August 1879. — Brit. med. Journ. 16. u. 23. August 1879.)
69. **van Harlingen.** Impetigo contagiosa. (Edinb. med. Journ. April 1879.)
70. **Hoggan.** Ueber das Wachsthum der Pilze bei Herpes tonsurans und Favus. (Transact. of the Pathol. Soc. 1879.)
71. **Patrick Manson.** Bemerkungen über Tinea imbricata, eine noch nicht beschriebene Species von Herpes tonsurans. (China Imperial Maritime Customs. Medical Reports. Shangai Statistical department of the Inspectorate general 1879.)

Ellinger spricht sich (**64**) gegen die Annahme einer Trophoneurose bei frühzeitigem Ausfallen der Haare aus. Pilze hat er wohl bei solchen Alopecien nicht gesehen, wohl aber fand er im Verlauf der Jahre, dass etwa 85 % aller an einer gewissen Form von Alopecie Leidenden von Jugend auf Kopfwaschungen übten. Die durch Waschungen bedingte Kahlheit unterscheidet sich nach Verf. wesentlich von einer anderen durch anderartige Misshandlung der Kopfhaare bedingten Kahlheit. Die Kopfhaare sind nicht in der Richtung wie wir sie zu scheiteln belieben eingepflanzt. Die des Wirbels wachsen centrifugal, die dem Stirnbein entsprechenden gegen das Gesicht hin, die über den Seitenwandbeinen und die des Occiput gegen Schläfen, Ohren und Nacken. Während nun die Haare der letzterwähnten Kopfseiten bei all und jeder Frisur in ihrer natürlichen Richtung belassen werden, werden die des Wirbels und des Vorderkopfes in eine Zwangslage gebracht, durch klebende Mittel Tag und Nacht in solcher erhalten und analog den dieserart verbogenen Pflanzen in ihrer Entwickelung beeinträchtigt, wodurch deren frühzeitiges Absterben veranlasst wird.

Kommt nun dazu noch, dass auf dem Wirbel durch mangelhafte Reinigung desselben Epidermisschuppen und Staub sich ansammeln, dann werden die Mündungen der Haarbälge verstopft, das Abfliessen des Haarfettes verhindert und bildet dieses mit den Epidermisschuppen der Bälge die beim Ausziehen der Haare anhaftenden Sebumpfröpfe.

— An Wirbel-Alopecie Leidende bedienten sich stets nur eines weitgezahnten Kammes oder oft nur einer Borstenhaarbürste. Die vom Wirbel ausgehende Alopecie ist nicht die Folge von regelmässigem Gebrauche von Wasser und unterscheidet sich auch, wenn weit gegen die Stirne hin fortgeschritten, durch noch vorhandene Haarinseln über dem Stirnbeine von der Wasser-Alopecie. Bei dieser beginnt das Kahlwerden stets an der Stirngrenze (Frontal-Alopecie). Die der Glatze zunächst stehenden Haare zeigen in ausgesprochenem Grade die erwähnten Sebumpfröpfe, die noch behaarte Kopfhaut ist reichlich mit kleinen, der Einpflanzungsstelle fest anhaftenden Schüppchen bedeckt.

Verf. stellt sich vor, dass bei langen gescheitelten Haaren in Folge täglicher Waschungen die äussere Schicht derselben über den unterliegenden eine impermeable Hülle bilde, das Wasser an der Austrittsstelle der Haare mit den Epidermisschuppen und dem Haarfett eine Emulsion, eine Schmiere bilde, welche verhärtet und den Ausführungsgang des Haarbalges verstopft, was dann zunächst Ueberfüllung und dann Atrophie desselben zur Folge habe.

Die Prophylaxis der Alopecie scheint nicht blos in cosmetischer Beziehung von Wichtigkeit zu sein. Es ist dem Verf. bei Sectionen sehr oft die Coincidenz von Kahlköpfigkeit mit fester Adhäsion der Dura mater an die Schädeldecke aufgefallen. Hier erscheint der mangelnde Schutz des Schädels gegen äussere Schädlichkeiten als ätiologisches Moment nicht mehr zweifelhaft.

Vf. empfiehlt gegen dieses Defluvium capillor. Sandabreibungen, wie er sie schon früher (s. diese Vtljhrschr. 1876 p. 562 ff.) gegen andere Hautaffectionen empfohlen hat. Er lässt zuerst den Staub, dann die gröberen Körner absieben, die so gewonnenen Quarzkörner von Mohnsamengrösse gut trocknen und noch einmal abstauben. Der so präparirte Sand bildet ein nothwendiges Requisit auf dem Waschtische der betreffenden Leidenden. Er verwendet ausschliesslich den weissen gegrabenen Sand, dessen scharfkantige Körner die Haut nach Art kleiner Messerchen bearbeiten, während die runden Körner aus dem Fluss- und Meeressande wirkungslos darüber hin- und herrollen.

Als Surrogat für den Sand verwendet Verf. zuweilen, als bequemer zu handhaben, eine Stahlbürste.

Gründliche mechanische Reinigung der Kopfhaut hat sich — wie der Verf. resumirt — als sicherstes Prophylacticum, aber auch als Heilmittel bei beginnendem übermässigem Haarverlust bewährt.

Enger Staubkamm und Stahlhaarbürste reichen vollständig aus, die gesunde, sowie die zu übermässiger Schuppenbildung geneigte Kopfhaut in einem dem Haarwuchse förderlichen Zustande zu erhalten (? A.)

Krebs schildert (65) einen Fall von Hypertrichose bei einem 15 Monate alten Knaben, welcher dieser seltenen Anomalie wegen in der Petersburger Klinik vorgestellt wurde. Die ganze Haut mit Ausnahme der Hände und Füsse war dicht besetzt mit weichem Haar verschiedener Länge, am stärksten an den Oberarmen und Wangen, $3^1/_2$ Centim. lang, am Backenbart sogar 5 Centim. Die Farbe war eine hellblonde. — Bei der Geburt zeigte sich noch nichts Abnormes, erst 3 Monate nachher, gleichzeitig mit einem Ausbruch von Eczem, begann das Haarwachsthum.

Der Vater zeichnete sich besonders durch starkes Kopfhaar und sehr grosse buschige Augenbrauen aus. Die Geschwister haben eine glatte reine Haut.

Die Entfernung von Haaren durch Elektrolyse ist nach G. Fox (66) zuerst von Dr. Michel in St. Louis (gegen Trichiasis), dann von Piffard bei Naevus pilosus und von Hardaway (s. diese Vierteljahress. 1879 pag. 595) gegen Hirsuties angewendet worden. Fox wendet jetzt zu diesem Zwecke eine feine biegsame Stahlnadel an, wie sie von Zahnärzten zur Extraction von Nerven verwendet wird, und befestigt sie an dem vom negativen Pol ausgehenden Draht der Batterie, während der positive Pol mit einem nahe der zu operirenden Haarpartie aufzusetzenden Schwämmchen verbunden wird. Die Nadel (oder bei grösseren Follikeln besser ein Platindraht) muss längs der Richtung des Follikels eingeführt werden. Der Operation sollte stets das Ausziehen des Haares vorausgehen. Je stärker der Strom (5—10 Kohlenzink-Elemente) desto stärker die Wirkung aber auch der Schmerz. Die zarten Haare der Oberlippe mancher Frauen (le duvet A.) können auf diese Weise nicht entfernt werden, aber diese sind oft der weiblichen Schönheit gar nicht abträglich, wohl aber starke straffe Haare, ob sie nun zerstreut oder auf Warzen sitzen.

Morris, der einige Fälle von knotigen Auftreibungen der Haare zu beobachten Gelegenheit hatte und sich schon früher (siehe diese Vtljhrschr. 1879 p. 403) darüber geäussert hatte, legte (67) der

Londoner path. Gesellsch. Präparate von Fällen vor, bei welchen die harten Knoten den Haaren des Kopfes, von welchem sie ausschliesslich stammten, blos aufsassen und eine honigähnliche Masse von pigmentirten sporenartigen Zellen enthielten. Vf. hält diese Erkrankung für das Resultat der Anwendung irgend eines schleimigen Haaröls. Die eigentliche Trichorrhexis nodosa dagegen kommt, wie aus den Aeusserungen desselben Dermatologen in der Debatte der Brit. med. Association über diesen Gegenstand hervorgeht, nur sehr selten auf dem behaarten Kopfe vor. Die Knotenbildung entstehe durch Atrophie, so dass die knotigen Stellen dem normalen Durchmesser des Schaftes, die Einschnürungen den atrophirten Partien desselben entsprechen. (? A.)

Walter Smith beobachtete (**68**) bei einem 19jährigen, früher gesunden Mädchen Kürzer- und Dünnerwerden der Kopfhaare und regelmässig angeordnete Schwellungen längs des Schaftes von circa 1 Mm. Umfang. Von sonstigen behaarten Stellen zeigte nur die Schamgegend ein solches Haar. Die Haare erschienen an den Knoten dunkler pigmentirt und daher braunweiss getigert. In den Auftreibungen fanden sich keine Zellenanhäufungen und kein Pilz, ebensowenig war Splitterung der Rinde oder Zerstörung der Cuticula vorhanden. War ein Haar gebrochen, so war die Bruchstelle glatt und sass nie an einer Auftreibung, sondern an dem verdünnten Theile des Haarschaftes.

Verf. hält die Erkrankung nicht für identisch mit Trichorrhexis nodosa, weil die Splitterung fehlte, ebensowenig mit der „Piedra" von Desenne (siehe diese Vtljhrsch. 1854 pag. 154) weil kein Pilz nachweisbar war.

van Harlingen (**69**) impfte sich selbst mit dem Fluidum aus Bläschen von Impetigo; in 24 Stunden entstand ein Bläschen, dessen Inhalt mit positivem Erfolge weiter geimpft wurde. Alle Bläschen entstanden innerhalb 14 Tagen. Der Verf. weist darauf hin, dass bei Impetigo contagiosa die Initial - Efflorescenz keine wahre tiefsitzende Pustel sei, sondern eine oberflächliche, vaccinebläschenähnliche Bläschenpustel (? A.).

Nach den Untersuchungen Hoggan's (**70**) zeigen die Pilze des Favus einerseits und des Ringworm andererseits grosse Verschiedenheiten in Bezug auf ihren Sitz und ihre Ausbreitung. Bei Ring-

worm tritt der Pilz in dünner Lage, nur eine Spore tief, unmittelbar unter der Cuticula des Haares auf (welche wohl als Fortsetzung der zwischen Hornschicht und Stachelschicht gelegenen Körnerschicht zu gelten hat A.), sprengt dann die Cuticula und dringt zwischen die Zellen des Haarschafts ein, so dass das Haar schliesslich zerstört und abgebrochen wird. (Genau in derselben Weise hat schon früher Thin [s. d. Vtljhrschr. 1879 pag. 155] den Sitz und das Wachsthum des Pilzes von Herpes tonsurans beim Pferde geschildert und auch Frederick Taylor [Lancet 16. November 1878] ist bei einem an Gehirntuberkeln gestorbenen Patienten mit Herpes tonsurans cutis zu demselben Resultate gelangt. A.)

Der Sitz des Favuspilzes dagegen ist unmittelbar unter der Epidermis zwischen ihr und dem Bindegewebsantheil des Haarbalges; er trennt beide Schichten von einander und wächst so in Form von runden Scheiben an die Hautoberfläche. Schliesslich zerstört er sowohl einerseits den bindegewebigen Haarbalg, als andererseits die Wurzelscheiden völlig, dringt in den Schaft des Haares ein. Der Verf. schildert das weitere Wachsthum der Favussporen seitlich nach der Lederhaut zu in Gestalt wirklicher pflanzenartiger Morphen, die er mit Eichbäumen oder Cactusbüschen vergleicht, nicht aber, wie die bisherigen Schilderungen lauteten, in langen und geraden Sporenzügen, welche factisch nur in den aus Trümmern der Pflanze nebst Eiweiss und Serum zusammengebackenen Krusten sich finden, die man ausschliesslich zu untersuchen pflegt. Auch im Haarschaft hat der Verf. solche geradlinige Ketten nicht gesehen, obwohl er an dem Vorkommen derselben, wie sie die Zeichnungen gemeinhin darstellen, nicht zweifeln mag. Den wirklichen Typus der Pflanze stellen aber die oben geschilderten knospentreibenden Sporenformen dar, deren abfallende Elemente dann die Krusten zusammensetzen.

Zum Schlusse knüpft der Verf. hieran noch einige Bemerkungen über Trichorrhexis nodosa (s. hierüber Schwimmer, d. Vtljrsch. 1878 p. 581, ferner Desenne, Cheadle, Malc. Morris u. Whitla, 1879 p. 154 u. 403), deren Knoten in einem von ihm beobachteten Falle, wobei freilich die Haare keine Brüchigkeit zeigten, aus einer fischlaich- oder rogenartigen Körnermasse bestanden, welche der Verf. für Pilzelemente zu erklären (also gleich der „Piedra“ von Desenne) nicht abgeneigt ist.

Der Verfasser hält die Präparation von Hautpilzen mittelst al-

kalischer und anderer gebräuchlicher Lösungen für ungeeignet und warnt davor.

Manson wendet sich (71) gegen die Behauptungen von Tilbury Fox, welcher verschiedene Formen von epiphytischen Hautkrankheiten als Differenzirungen eines einzigen Pilzes aufgefasst wissen will und der neben der typischen Form der Tinea circinata (Herpes tonsurans) die Tinea parasitica, das Eczema marginatum etc. etc. unregelmässige Phasen desselben Uebels nennt, und diese Varietäten der Krankheit der Verschiedenheit des Klimas, Kleidung, Körperbeschaffenheit und der Localisation auf dem afficirten Körper selbst zuschreibt. M. hat nämlich in Amoy eine neue Pilzkrankheit beobachtet, die er zum Unterschiede von der Tinea circinata Tinea imbricata nennt. (Siehe diese Vtljhrschr. 1879 pag. 391.) Zu diesem Zwecke gibt M. zwei Krankengeschichten, die eine von T. imbricata, die andere von T. circinata, betont ihre Contraste und ergänzt sie durch mikroskopische Abbildungen der betreffenden Pilze und durch die Mittheilung seiner Resultate, die er durch Impfung erhielt.

Jener Fall, an dem M. die Tinea imbricata besonders genau beobachtete, betraf einen Eingeborenen von Amoy im Alter von 45 Jahren, der bereits seit 20 Jahren von diesem Uebel befallen war, und der in einer Sagofactorei arbeitete, u. zw. war mit sehr geringen Ausnahmen die gesammte Haut des Individuums afficirt. An der Oberfläche der betroffenen Stellen ist die Epidermis in einer Serie von parallelliegenden concentrischen Wellenlinien angeordnet. Bei näherer Prüfung erkennt man, dass dies durch eine Unterminirung (Imbricatio) der Epidermis hervorgebracht wird und es lässt sich in Folge dessen an sehr vielen Stellen die Epidermis grossblättrig abschälen. Die gesunde Haut charakterisirt sich durch eine lichtere Färbung von der kranken. Am deutlichsten nimmt man die Erscheinungen der Krankheit am Rücken und den Schultern wahr, während Thorax, Abdomen, Gesicht und Extremitäten durch energische Kratzeffecte bedeutend alterirt sind. Die Grenzen zwischen gesunder und kranker Haut sind nicht an allen Stellen deutlich markirt. Patient kann darüber nichts aussagen, ob er die Krankheit Jemandem mitgetheilt habe.

Bezüglich der mikroskopischen Differentialdiagnose zwischen dem Pilze der Tinea imbricata und Trichophyton tonsurans hat M. zunächst die Beobachtung gemacht, dass, während der letztere relativ sparsam

auftritt, der erstere in enormer Menge sich in afficirten Hautpartien vorfindet. Sodann ist der Pilz von Tinea imbricata in den tiefsten Epidermisschichten gelegen, während der Pilz bei Tinea circinata nach der Ansicht des Verf. im gefässhaltigen Gewebe der Haut liegen soll.

Die Conidien der Tinea imbricata sind meist oval und sehr oft unregelmässig in einzelnen Gruppen oder viel verzweigten Aesten angeordnet. Sie sind zuweilen dunkel gefärbt und enthalten oft röthlichbraune Granula. Auch das Mycelium scheint in zwei Arten aufzutreten, nämlich blass und dunkel. Die letztere Form ist auch viel verzweigt, weist in Intervallen kleine Protuberanzen auf, ist vielfach gegliedert und endigt entweder in eine bulböse Auftreibung oder in eine Conidienkette.

Der Contrast in den klinischen und mikroskopischen Charakteren wäre hiermit entschieden. Einen positiven Beweis erhielt M. durch die Ueberimpfung von Tinea circinata auf den einen und von Tinea imbricata auf den anderen Vorderarm eines bis dahin ganz gesunden Individuums. Am zehnten Tage waren bereits die ersten Erscheinungen der Tinea imbricata in Form brauner Flecke, die reichlich Mycelium und Sporen enthielten, bemerkbar, nachdem blos Abschuppung ohne Röthung vorausgegangen war.

Ueber die geographische Verbreitung der Tinea imbricata theilt M. mit, dass er viele Fälle in Amoy beobachtet habe, welche jedoch mit einer einzigen Ausnahme in den Inseln des malayischen Archipels acquirirt worden waren. Er hat sodann im südlichen Formosa dieselbe Krankheit beobachtet. M. spricht am Schlusse die Meinung aus, dass dies dieselbe Krankheit ist, welche unter den Namen „Pita" oder „Tokelau itch" von Tilbury Fox und Farquhar in ihrem Werke über die endemischen Hautkrankheiten Indiens (nach einem Berichte von Dr. Turner von den Samoa-Inseln 1869) beschrieben worden ist.

Schiff.

Buchanzeigen.

Zur Pathologie der Tabes dorsalis. Von Prof. W. Erb. Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1. Juli 1879.

Erb's wichtige Arbeit beschäftigt sich im ersten grösseren Abschnitt mit der Diagnose der Tabes und zwar, worin der Knotenpunkt zu suchen ist, mit der Diagnose der frühesten Stadien der Hinterstrangsklerose. Gehört diese nun auch speciell nicht in den Rahmen dieser Vierteljahresschrift, so erscheint dennoch die kurze Wiedergabe der für die Erkenntniss der ersten Erscheinungen der Krankheit von Erb zusammengestellten Symptome zum genaueren Verständniss der auf Syphilis Bezug habenden ätiologischen Verhältnisse der Tabes nutzbringend.

E. unterscheidet Symptome, die als klassische, constante, nicht leicht bei anderen oder nur bei ganz bestimmten anderen Krankheiten vorkommende bezeichnet werden können und solche, welche bei dieser allerdings auch häufig, häufig aber auch bei anderen Krankheiten vorkommen, deren Anwesenheit also nur einen mehr oder weniger relativen diagnostischen Werth hat. Zu den ersteren rechnet er die lancinirenden Schmerzen, das Fehlen der Sehnenreflexe bei erhaltener Motilität und Ernährung der Muskeln, die Ataxie, das Schwanken beim Schliessen der Augen, objectiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen, besonders die Analgesie und Verlangsamung der Schmerzleitung und die spinale Myosis mit reflectorischer Pupillenstarre (d. h. jenen Zustand der Pupillen, in welchem sich dieselben in einer mehr oder weniger, nicht immer jedoch sehr hochgradigen Verengerung befinden, dabei auf Lichteindrücke gar nicht, dagegen auf accommodative Impulse (starke Convergenz)

wohl auch reagiren[1]), zu den letzteren die Ermüdung und Unsicherheit der Beine, die Blasen- und Geschlechtsschwäche, die Augenmuskellähmungen und die Sehnervenatrophie.

Das klinische Material für diese Aufstellung bieten 44 Fälle, die als typische Beispiele von Tabes bezeichnet werden dürfen, zu welchen 7 treten, die durch das combinirte Vorhandensein von einzelnen Symptomen der ersteren Gruppe mit mehreren der zweiten als beginnende Tabes zu deuten waren.

Für unsere Zwecke beansprucht der zweite Theil der Arbeit das Hauptinteresse. Derselbe handelt von der Aetiologie der Tabes und weist in der Vorgeschichte derselben der Syphilis den Löwenantheil zu. Für die genaue Verwerthung und die gegebene Anregung zu weiterem Studium ist dem Verfasser um so mehr Dank zu wissen, als gerade in Deutschland dieser Seite der Aetiologie bis jetzt wohl zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Dagegen sind es französische Forscher, vor allem Fournier (daneben Grasset, Vulpian etc.), der mit grosser Entschiedenheit und bedeutsamen Gründen dafür eingetreten ist, dass es eine wirkliche syphilitische Tabes gebe, dass die Hinterstrangssklerose eine der möglichen Localisationen der Syphilis sei und dass ein solcher Zusammenhang sehr häufig vorkomme.

Erb's eigene Beobachtungen enthalten 33mal Angaben über früher vorhandene Syphilis, darunter wird 15mal das Vorhandensein verneint, dagegen 18mal zugegeben; hierunter sind allerdings 4 Fälle, in welchen die Kranken aussagten, vor vielen Jahren einen Schanker gehabt zu haben (ob wirklich einen „harten" Schanker, war nicht immer sicher zu ergründen), dass sie aber später von secundären Erscheinungen verschont geblieben seien. Unter den 7 Fällen beginnender Tabes war 6mal Syphilis vorhanden gewesen. Dazu kamen neuerdings noch 13 weitere Fälle; nur bei zweien derselben war keine Syphilis vorhanden; bei 9 Fällen war dieselbe vorausgegangen und in 2 Fällen (Frauen) war eine Infection wahrscheinlich, da die Ehemänner syphi-

---

[1]) Die progressive Paralyse der Irren, die einzige bis jetzt bekannte Krankheit, bei welcher dies letzte Phänomen mit nahezu ähnlicher Häufigkeit auftritt, wie bei Tabes, nimmt Ungleichheit der Pupillen mit Unerregbarkeit für Licht (bei erhaltener Reaction für Accommodation) für sich in Anspruch. E.

litisch waren. Nach Ausschluss dieser beiden würden unter 44 Fällen 27 mit vorausgegangener Syphilis sein.

Es wäre dies also mehr als die Hälfte der Tabeskranken. Bisher hat noch Niemand diesem Zusammenhange auf anatomischem Wege nachgespürt, und einstweilen lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, ob die Syphilis nur zur Tabes disponirt, oder ob die Hinterstrangsklerose wirklich eine Localisation der Syphilis, ob sie in gewissen Fällen eine specifische luetische Erkrankung ist. Mit dem technischen Nachweise des syphilitischen Ursprunges der Tabes würde einer grossen Anzahl von Kranken, vielleicht mehr als der Hälfte durch energische, antiluetische Behandlung vor Allem der früheren Stadien eine neue und grosse Chance der Rettung erwachsen.

In 17 Fällen von E. finden sich genauere Notizen über die Zeit des Auftretens der ersten tabetischen Symptome nach stattgehabter Infection, sich zwischen 2 und 14 Jahren bewegend: 5mal innerhalb 2—5 Jahre, 8mal zwischen 6—10 Jahren und 4mal von 11—14 Jahren. In der Mehrzahl der Fälle waren nur spärliche, nicht selten angeblich gar keine secundären Symptome vorhanden gewesen, nur in ganz einzelnen Fällen waren Recidive vorgekommen (keine Lues in der Nachkommenschaft). Von noch bestehenden Zeichen der Syphilis war in der Regel gar nichts zu entdecken.

Auch erschien die Tabes der Syphilitischen nicht ausgezeichnet durch besondere Symptome oder eine besondere Gruppirung oder Aufeinanderfolge der Erscheinungen, durch überwiegende Häufigkeit einzelner Kennzeichen und eine Zusammenstellung von einem Dutzend „syphilitischer“ und einem Dutzend „nicht syphilitischer“ Tabesfälle ergab in der procentigen Häufigkeit der einzelnen Symptome keinen besonderen Unterschied.

Erb's Versuche mit antiluetischer Behandlung sind erst neueren Datums. Doch scheint ihm aus der Betrachtung der überaus traurigen Prognose der Tabes, der Zugänglichkeit und Heilbarkeit der Syphilis durch energische Behandlung selbst in ihren späteren und schwereren Localisationen, besonders auch im centralen Nervensystem, bei der Erwägung der Unschädlichkeit einer vorsichtig geleiteten antiluetischen Behandlung unzweifelhaft der von Fournier zuerst aufgestellte Satz hervorzugehen, dass überall da, wo sich in der Vorgeschichte der Tabes Syphilis nachweisen lässt, eine energische antisyphilitische Behandlung zu versuchen ist und zwar je

früher desto besser. E. empfiehlt daher auch eine energische und consequente Schmierkur (4—5 Grm. täglich, Bäder, Douchen), daneben oder darnach einen Versuch mit Jodkalium in so grossen Dosen, als sie eben vertragen werden etc. Dr. Schumacher II. Aachen.

Photographic Illustrations of Skin Diseases. By George Henry Fox, Clinical Professor of Dermatology, Starling Medical College, Columbus, Ohio. E. B. Treat, New-York. — 1., 2., 3. und 4. Heft.

Dieser photographische Atlas der Hautkrankheiten, von dem uns bisher vier Hefte zu je vier Bildern zugekommen sind, ist nach Negativen der photographischen Sammlung des Dr. Mason im Bellevue Hôspitale in New-York angefertigt, und von einem Wiener Arzte, Dr. J. Gaertner, mit der Hand colorirt. Die Bilder sind von ungleichem Werthe, manche etwas dürftig im Colorit und zu klein, um klare Vorstellungen zu geben, andere von ausserordentlicher Lebhaftigkeit und Wahrheit, wie z. B. Acne und Comedo, Ichthyosis, Leucoderma, Favus. Jeder Photographie sind zwei Seiten erklärenden Textes beigegeben, der dem Namen des Herausgebers keine Unehre macht. Der Preis der einzelnen Lieferung (2 Dollars, so dass der ganze Atlas von 48 Bildern auf 24 Dollars zu stehen kommt), ist ein mässiger, die Ausstattung der Cahiers in Quartformat vorzüglich.

Auspitz.

Varia.

Die „Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", welche soeben ihren zehnten Jahrgang vollendet haben, treten nun in eine neue Phase. Wie eine Zuschrift ihres verdienstvollen Herausgebers und Redacteurs, des Dr. A. Doyon, dem Leser mittheilt, wird das Journal vom Jahre 1880 ab als zweite Serie der „Annales" unter der gemeinsamen Redaction des Gründers Doyon und der Herren: E. Besnier, P. Diday, A. Fournier, Gailleton, Horteloup, Rollet und Trasbot, und zwar statt wie bisher in sechs Heften jährlich, nunmehr als Vierteljahresschrift erscheinen. Wir sehen dem Unternehmen, das durch so eminente Kräfte gestützt wird, mit eben so grossen Hoffnungen entgegen, als wir dem Gründer und bisherigen alleinigen Redacteur des Journals für seine wissenschaftliche und publicistische Thätigkeit in unserem Fache die vollste Anerkennung zollen.

Nekrologe.

Devergie †.

In Paris starb im Alter von 82 Jahren Alphons Devergie, der Nestor der französischen Dermatologen und einer der hervorragendsten Vertreter der Pariser Schule. Devergie übernahm im Jahre 1840 die Leitung einer dermatologischen Abtheilung im Hôspital St. Louis, an welcher er volle 24 Jahre wirkte und lehrte. 1857 wurde er Mitglied der Académie de médecine, 1874 deren Präsident. Abgesehen von seinen wichtigen Arbeiten über Hygiene und gerichtliche Medicin hat er eine Reihe von dermatologischen Schriften veröffentlicht, die erste 1846 über die Dextrinbehandlung des Eczema varicosum, dann über Quecksilbercollodium gegen Zona (1864), über das Verhältniss der Hautkrankheiten zu allgemeinen pathologischen Zuständen (1867), über Quecksilber-Chlorür und Jodür gegen Acne rosacea (1867), über den Einfluss der schnellen Heilung der Flechten auf den Organismus (1867), über Tagesfragen bei Hauttherapie (1868), über den Arsenikgebrauch (1869), über das Cancroid, Noli me tangere, Impetigo rodens (1871), ferner verschiedene Aufsätze in Journalen, endlich als sein wichtigstes Werk den „Traité des maladies de la peau", welcher drei Auflagen erlebte, die dritte 1863, eine Reihe vortrefflicher Krankheitsbilder enthält und dabei wesentlich den praktischen Standpunkt einhält. Den Fortschritten der letzten Jahre konnte D. bei seinem vorgerückten Alter wohl nicht mehr folgen; doch war seine Thätigkeit immer noch lebendig genug, um die wissenschaftliche Forschung seinen Leistungen nicht fremd gegenüberstehen zu lassen. Sein Wissen wie seine Ehrenhaftigkeit und sein Pflichtgefühl waren über alles Lob erhaben und sichern ihm ein ehrendes Andenken.

Bumstead †.

In New-York starb am 28. November vorigen Jahres im Alter von 53 Jahren Dr. Freeman J. Bumstead in Folge eines Unfalls mit dem Wagen bei freilich schon früher schwankender Gesundheit. Von 1868 bis 1871 war er Professor der Syphilidologie im College of Physicians and Surgeons, legte dann seine Stelle nieder und brachte zwei Jahre auf Reisen zu. In Wien war er im Jahre 1872, wo wir ihn als hochgebildeten und liebenswürdigen Collegen kennen lernten Im Jahre 1861 war schon die erste Ausgabe seiner vortrefflichen „Pathologie und Behandlung der venerischen Krankheiten" erschienen; die vierte, von ihm in Gemeinschaft mit Prof. R. W. Taylor bearbeitet, erschien kurz vor seinem Tode und bildet einen höchst werthvollen Nachlass des ausgezeichneten Mannes für die Wissenschaft. Sein Tod reisst eine tiefe Lücke in der Reihe der jüngeren Syphilidologen, unter welchen er als Kliniker, Schriftsteller und Lehrer einen der ersten Plätze einnahm.



Bibliographie des Jahres 1879.

Dermatologie.

Zweites Verzeichniss. (Fortsetzung von Jahrg. 1879 pag. 660 ff.)

Arnheim, Ueber Hämoglobingehalt des Blutes bei einigen acuten Exanthemen der Kinder. Petersb. med. Woch. IV. 16. p. 156.

Baas, J. Hermann, Folgekrankheiten der Vaccination und Revaccination. Wien. med. Presse XX. 7.

Besnier, Ueber Classification der Hautkrankheiten. Gaz. des Hôp. 52.

Bonfigli, Clodmiro, Sulla pellagra. Lettere polemiche al Dr. C. Lombroso. 8. 116 pp.

Bradbury, J. B., Ueber Behandlung d. Hautkrankheiten. Lancet I. 25; Juni.

Bryk, A., Ulceröses Lymphangiom d. Füsse (Elephántiasis lymphorrhagica); metastat. Lymphangiome der Haut der Unterschenkel, der oberen Extremitäten u. der Schleimhaut d. Gaumenrachenpartien. Arch. f. klin. Chir. XXIV. 2. p. 273.

Bufalini, G., Ueber therapeut. Anwendung d. Pikrinsäure gegen Ekzem. Giorn. internaz. delle sc. med. N. S. I. 3 e 4 p. 324.

Bulkley, L. Duncan, Ueber Nomenclatur u. Classification der Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. V. 2. p. 136; April.

Cameron, Charles, Ueber animale Vaccination. Dubl. Journ. LXVII. p. 377; Mai.

Cornil, V., Ueber d. anatom. Veränderungen b. Acne. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XV. 3. p. 294; Mai, Juni.

Cottle, Wyndham, Chaulmoogra-Oel gegen Lepra. Brit. med. Journ. June 28.

Duhring, Louis A., Atlas of skin diseases. Part IV. Vitiligo. Alopecia areata. Tinea favosa. Eczema (rubrum). Philadelphia 1878. Fol. 4 Taf. in Farbendr. mit Text.

Du Mesnil, O., Ueber die Nothwendigkeit, die nach Paris zuziehenden Arbeiter zu revacciniren. Ann. d'Hyg. 3. S. I. p. 444; Mai.

Ehrendorfer, F., Ueber Behandlung der Blattern mit Glycerin. Wien. med. Presse XX. 25, 26.

Elsberg, Louis, Ueber d. Affection d. Larynx bei Lepra. New-York med. Record XV. 1; Jan.

Fox, Tilbury, Seltene Formen von Hautkrankheiten. Lancet I. 22, 26; Mai, Juni.

Fox, George Henry, On the permanent removal of hair by electrolysis. New-York, Trow's Printing. Co. 8. 4 pp. New-York med. Record. March 22.

Furnée jun., G. J. H., Zur Vaccinationsfrage. Geneesk. Tijdsch. v. Nederl. Indië N. S. VIII. 4. S. 184.

Gibney, V. P., Fall von Scleroderma oder Morphaea mit Hemiatrophia facialis, Alopecia areata u. Canities. Arch. of Dermatol. V. 2. p. 155; April.

Guibout, E., Ueber Hautkrankheiten: Keloid, Urticaria. L'Union 48, 60, 70.

Hardy, Fall von Zona. Gaz. de Par. 20, 21.

Harlingen, A. van, Fall von Scrophuloderma ulcerativum. Arch. of Dermat. V. 2. p. 113; April.

Hofmann, Ueber Impfung mit animaler Lymphe. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 22.

Hutchinson, Jonathan, a) Herpes zoster frontalis und trochlearis. — b) Onychia maligna. Lancet I. 18; May p. 619, 620.

Hutchinson, Jonathan, Ueber einige seltene Formen von Hautkrankheiten. Med. Times and Gaz. 31. Mai.

Jewett, P. A., Acne rosacea. New-York med. Record XV. 16; April.

Kaposi, Moriz, Zur Therapie d. Ekzem. Wien. med. Presse XX. 27, 28, 29.

Kaposi, M., Ueber Combination von Lupus mit Carcinom. Anzeiger der Ges. d. Aerzte in Wien 11.

Kolb, G. Fr., Der heutige Stand der Impffrage in kurzen Umrissen. Leipzig, Felix. 8. 38 S.

Leonard, Crosby, Elephantiasis Arabum des Unterschenkels, behandelt durch Ligatur der Femoralarterie. Brit. med. Journ. Juni 21. p. 394.

Liveing, Robert, Fälle v. Hebra's Prurigo. Lancet II. 1; Juli.

Liveing, Robert, Ueber Behandlung d. fälschlich Psoriasis palmaris genannten Ekzem d. Palma manus. Brit. med. Journ. 5. Juli.

Lyman, Henry M., Scharlachfieber in Chicago. New-York med. Record XV. 18; Mai.

Mackenzie, Stephen, Ueber syphilit. und Jod-Purpura. Med. Times and Gaz. 10. Mai.

M'Connel, J. B., Ichthyosis hystrix. Arch. of Dermatol. V. 2. p. 148; April.

Michel, Jos., Variolaepidemie in Paris. Gaz. hebd. 2. S. XIV. 21.

Milroy, Gavin, Ueber d. Lepra-Hospital in British Guyana im J. 1877. Med. Times and Gaz. Juni 14.

Morrow, P. A., Fall von Morphaea. Arch. of Dermatol. V. 2. p. 158; April.

Morton, Heilung von chron. partiellem Ekzem (Eczema rubrum) durch Galvanismus. Neurolog. Contributions. I. 1. p. 83.

Neumann, Isidor, Zur Histologie d. Psoriasis vulgaris. Wien. med. Jahrb. 1. p. 67.

Oidtmann, H., Die Bedeutung der Rohwolle u. d. Lumpen für die internationalen Wanderzüge d. Pockenseuche bei d. Menschen und Schafen. Linnich, Selbstverlag d. Vfs. Fol. 44 S. m. Tabell.

Oulmont, Melanodermie u. Broncehaut. Gaz. des Hôp. 71, 74.

Parinaud, Atrophie des Sehnerven bei Gesichtserysipel. Arch. gén. 7. S. III. p. 641. Juni.

Pavy, Psoriasis, geheilt unter Anwendung v. Schwefelsalbe. Med. Times and Gaz. Juni 28. p. 702.

Pearse, T. Frederick, Fall von Dysidrosis. Brit. med. Journ. April 19. p. 586.

Piffard, Henry G., Zur Behandlung d. Lupus. New-York med. Record XV. 14; April.

Pincus, Die Impfung in Grabnick. Vjschr. f. ger. Med. N. F. XXXI. 1. p. 193.

Pissin, Bericht über die 14jähr. Wirksamkeit d. Impf-Institutes für animale Vaccination, mit bes. Rücksicht auf d. allgem. Ausführbarkeit durch den Staat. Berlin, Hempel. 8. 43 S.

Podhajsky, V., Das gesetzmäss. Auftreten der Blattern in der Garnison Krems. Wien. med. Presse XX. 21, 22, 23, 24.

Process wegen fahrlässiger Impfung. Berl. klin. Wchnsch. XVI. 25. p. 377.

Ravogli, A., Untersuchungen über d. Bau, d. Entwicklung und d. Vereiterung d. Cutis. Wien. med. Jahrb. 1. p. 49.

Riant, Ueber Impfzeugnisse. Ann. d'Hyg. 3. S. I. p. 443; Mai.

Sawyer, James, Ueber Anwendung d. Zinkoleat gegen Ekzem. Brit. med. Journ. April 19. p. 586.

Scharlachfieber, Massregeln gegen die Verbreitung desselben u. d. Rachenbräune (Diphtherie) im Grossherzogth. Hessen. Corr.-Bl. d. Niederr. Ver. f. öff. Gesundhpfl. VIII. 1, 2, 3. p. 29.

Schultz, H., Haut, Haare u. Nägel. Ihre Pflege, ihre Krankheiten u. deren Heilung. Leipzig, J. J. Weber. 8. X u. 143 S. mit eingedr. Holzstichen.

Sesemann, E., Zur Therapie der Acne vulgaris. Petersb. med. Wchnschr. IV. 21.

Silberstein, Eigenthüml. Exanthem. Wien. med. Presse XX. 17.

Smith, Walter, Ueber Anwendung d. Chrysophansäure bei Hautkrankheiten. Dubl. Journ. LXVII. p. 320; April.

Smith, Walter, Fall v. Lupus. Dubl. Journ. LXVII. p. 525; Jun.

Spender, John Kent, Ueber Behandlung des oft für Psoriasis palmaris gehaltenen Ekzem d. Hand. Brit. med. Journ. 21. Juni p. 932.

Stricker, Wilhelm, Ueber Hypertrichosis. Virchow's Archiv LXXVII. 1. p. 541.

Thiry, Dermatosis vegetans congenita. Presse méd. XXXI. 24.

Vidal, Ueber Peladen. Gaz. des Hôp. 58, 59.

Virchow, Rudolf, Ein Aussatzhaus bei Scutari. Virch. Arch. LXXVII. 1. p. 171.

Voigt, Leonh., Der Erfolg mit d. animalen Vaccine in d. Hamburger Impfanstalt. Leipzig, F. C. W. Vogel. 8. 28 S.

Woodbury, Frank, Idiopath. Erysipel. Philadelph. med. and surg. Reporter XL. 14. p. 287; April.

Syphilis.

Zweites Verzeichniss. (Fortsetzung von Jahrg. 1879 pag. 665 ff.)

Auspitz, Ueber die Excision d. Hunter'schen Induration. Wien. med. Presse XX. p. 17, 18.

Baxter, E. Buchanan, Syphilit. Inoculation durch eine Zahnbürste. Lancet I. 22; Mai.

Matthes, G., Kochsalz-Sublimatinjectionen bei Syphilis. Memorabilien XXIV. 6. p. 262.

Mauriac, Ch., Ueber „Bubon d'emblée". Gaz. des Hôp. 67, 70, 75.

Morton, W. J., Nervenaffection bei Syphilis (Cephalalgie); vollständige Ptosis u. Paralyse der Augenmuskeln — (Paraplegie). Neurolog. Contributions I. 1. p. 86, 89.

racek, Ueber die an den Lippen vorkommenden Primäraffecte (Sklerosen). Wien. med. Wochenschr. XXIX. 18. p. 492.

sser, Albert, Ueber eine der Gonorrhöe eigenthüml. Micrococcusform. Med. Centralbl. XVII. 28.

Otis, Fessenden N., Ueber d. physiolog. Pathologie d. Syphilis. Boston med. and surg. Journ. C. 16. p. 529; April.

Parrot, Ueber die Knochenaffectionen bei hereditärer Syphilis. Med. Times and Gaz. 24. Mai. — Lancet I. 20. Mai.

Petersen, O., Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutaner Injection einer Pepsin-Sublimatlösung. Petersb. med. Wchnsch. IV. 24.

Reumont, A., Chrysophansäure bei d. Behandlung v. Syphiliden. l. klin. Wchnsch. XIV. 22.

Schnitzler, Joh., Ueber Lungensyphilis u. ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien. med. Presse XX. 19, 21, 27.

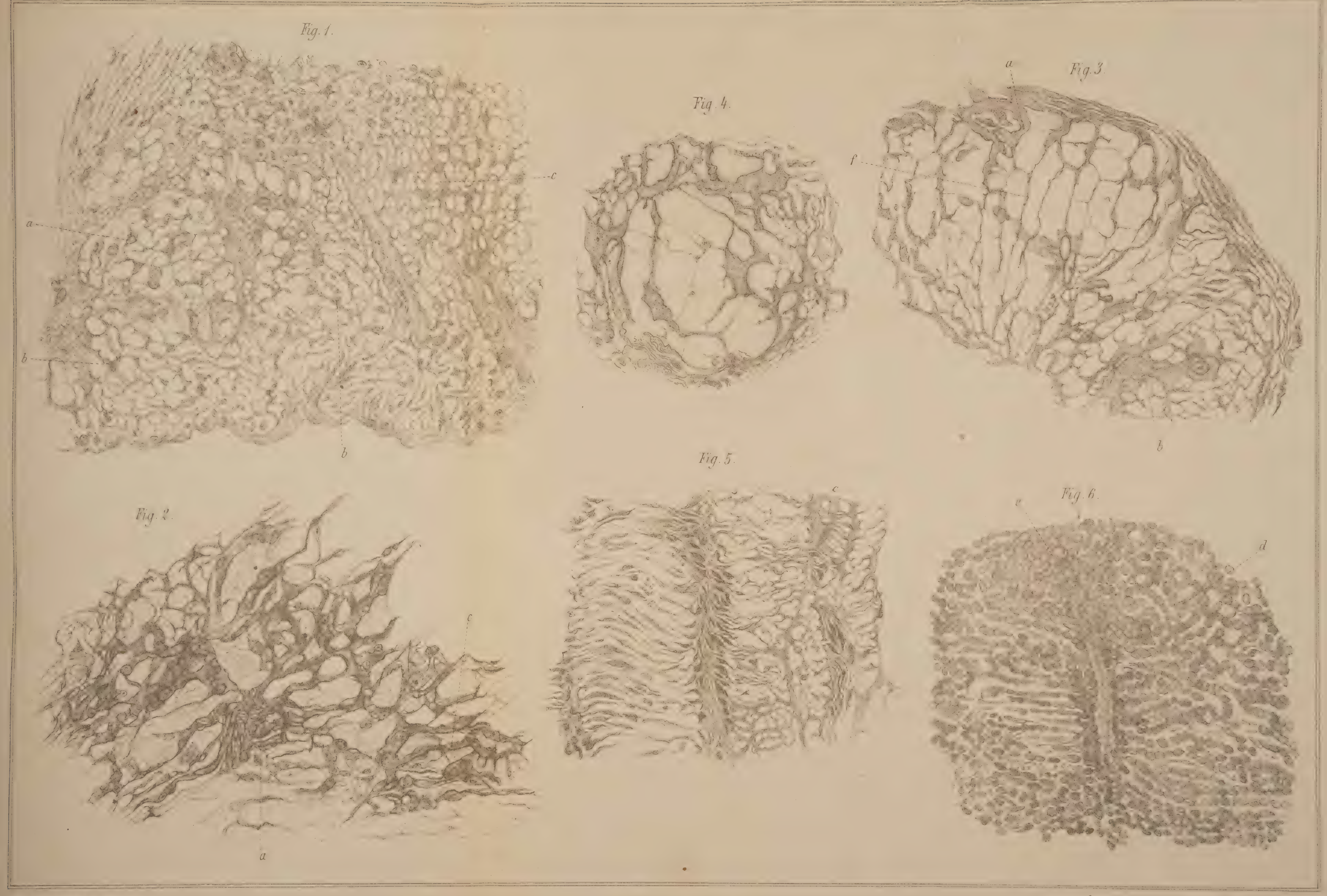
Schulgowsky, D., Blutuntersuchungen mittels d. Hämatometers von H Nachet bei frühen Formen der Syphilis. Petersb. med. Wchnsch. IV. 24.

Sée, Marc, Doppelter Fungus syphiliticus des Hodens; Heilung lurch innerl. Anwendung von Jodkalium. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 17.

Seguin, E. C., Paraplegie bei Syphilitischen. Arch. of Dermat. p. 123; April.

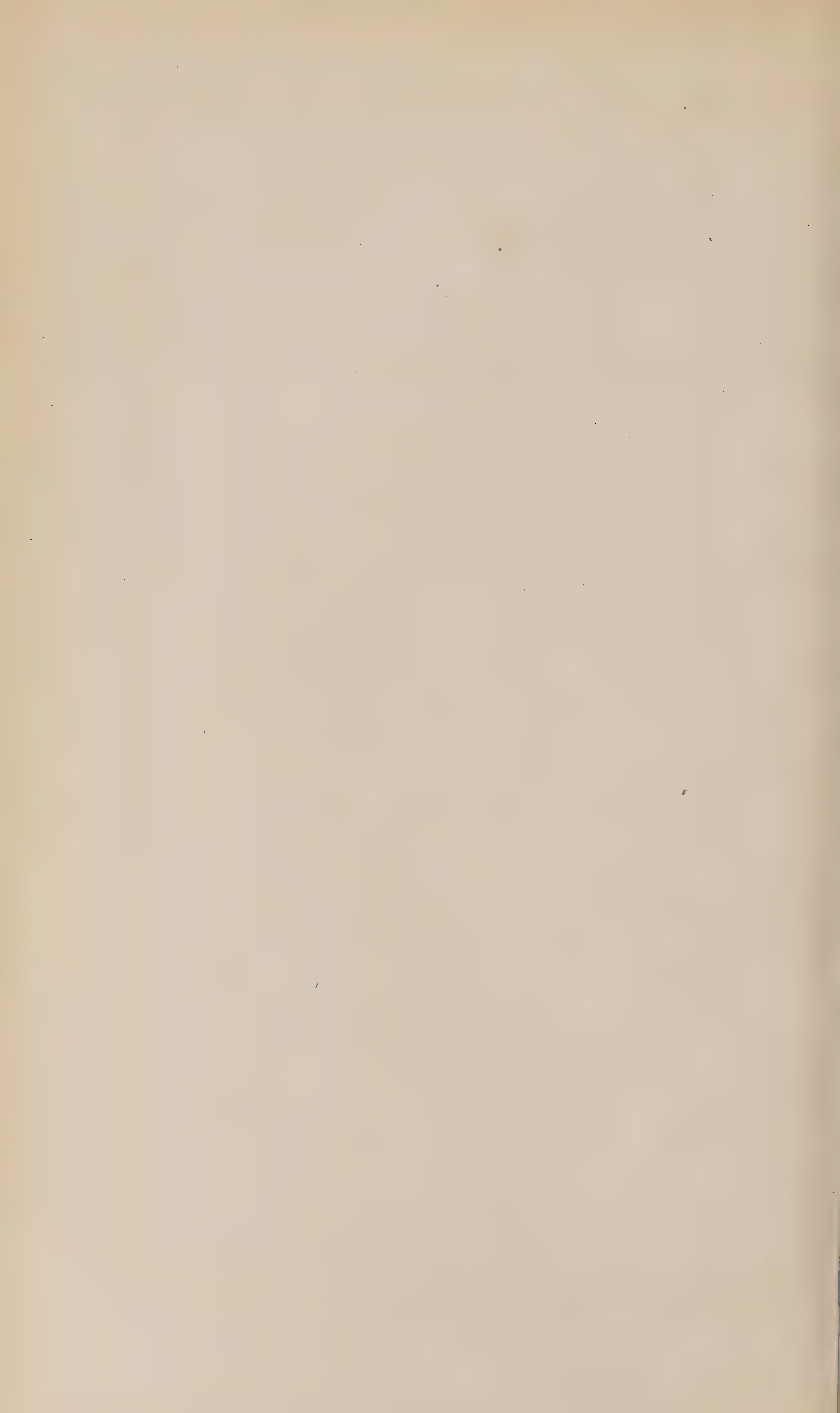
Weber, H., Ueber die verschiedenen Perioden d. Lues. Schweiz. r.-Bl. IX. 11. p. 325.

Will, J. C. Ogilvie, Ueber Tripper. Edinb. med. Journ. XXIV. p. 882; April.



z. Jarisch: Lupus.

Gez. v. Verf. u. v. Dr. J. Heitzmann, lith. v. Dr. J. Heitzmann.



Ferdinand Hebra

geboren am 7. September 1816
gestorben am 5. August 1880.

Eine schwere Aufgabe ist es, welche der Vierteljahresschrift zugefallen ist: Den Verlust jenes Mannes zu melden, welcher unserem Blatte seine wissenschaftliche Autorität, seinen ruhmreichen Namen, seine literarische Thätigkeit seit dem ersten Erscheinen des Archivs im Jahre 1869 zugewendet und ihm die ehrenvolle Mission ertheilt hat, seine Lehre in der periodischen medicinischen Literatur zu vertreten.

Dieser Mission wird die Vierteljahresschrift treu bleiben, auf die Unterstützung Aller bauend, die bisher mit ihr unter Hebra's Banner gefochten. Denn mag auch die Wiener dermatologische Schule allzufrüh ihres Gründers beraubt sein, des Meisters Geist wird sie auch in Zukunft nicht im Stiche lassen, damit sein Vermächtniss gewahrt bleibe und in den Händen seiner Jünger gedeihe für alle Zeiten!

Wir wollen es im Folgenden versuchen, das Leben und Wirken des Dahingeschiedenen, wenn auch mit schwacher und befangener Feder, zu skizziren.

Ferdinand Hebra war — nach authentischen Mittheilungen — am 7. September 1816 in Brünn als Sohn eines Militär-Intendanten geboren. Noch in seinen Kinderjahren war er genöthigt, den Kreis seiner Angehörigen zu verlassen, da sein Vater bei seinen häufigen Domicilveränderungen den Sohn nicht immer mit sich nehmen konnte. So absolvirte er im Convicte zu Judenburg in Steiermark das Gymnasium, an der Universität in Graz die sogenannten philosophischen Classen und kam dann nach Wien, um sich der Medicin zu widmen. Hier kam er in eine Zeit des Verfalles der medicinischen Studien, der den Schülern kein Geheimniss war. Oft noch in den letzten Jahren erzählte Hebra in seinen Vorlesungen schnurrige Aussprüche damaliger Kliniker und man hätte nicht glauben wollen, dass sein fröhliches Lachen, das die Zuhörer zur Nachahmung aneiferte, so bald verstummen sollte.

Nach im J. 1841 abgelegtem Doctorat der Medicin wusste Hebra nicht recht, welchem Fache er sich speciell widmen sollte. Kolletschka's und dann Rokitansky's Lehren, Skoda's Umgang hatten mächtig auf ihn eingewirkt und seiner Individualität entsprach es, ein Fach zu wählen, bei dem weniger die Speculation in erster Linie, sondern mehr die genaue Beobachtung und Beschreibung des Gesehenen, das Visum repertum, massgebend waren. Er wollte sich der gerichtlichen Medicin widmen. Der Professor der gerichtlichen Medicin in Wien, Bernt, hatte ihm die Stelle eines Assistenten an der Lehrkanzel für Staatsarzneikunde versprochen und mit grossem Eifer secirte er Monate lang neben

Rokitansky. Da bat ihn eines Tages Bernt, zu Gunsten eines armen Collegen, dessen Vater eben gestorben war und den Sohn in dürftigen Verhältnissen zurückgelassen hatte, auf den Posten zu verzichten. Hebra that es sofort. Hierauf trat er 1842 im September als Secundararzt in das allgemeine Krankenhaus ein und kam auf die unter Skoda stehende Ausschlagsabtheilung [1]). Gerade dieses Feld war aber so recht für seinen Blick, für seinen Beobachtungseifer das geeignete. Gar bald sah er ein, dass er zuerst Vieles lesen, dann wieder vergessen musste, um endlich zu klaren Begriffen und zur Constatirung vorhandener Thatsachen zu gelangen.

So fungirte er zuerst als „Aspirant", dann als Secundararzt bis 1845, indem er zugleich begann, Privatkurse über Dermatologie zu geben, zunächst, indem er die in Frankreich damals zu Geltung und hohem Ansehen gekommenen Lehren Alibert's und dessen 1832 publicirtes, höchst entwickeltes und auf das feinste nuancirtes natürliches System der Hautkrankheiten interpretirte und mit den Lehren der Willan'schen Schule und ihrer französischen Anhänger in Parallele stellte.

Es liegt noch das erste Zuhörer-Protokoll vom Jahre 1842 vor. Unter den damaligen und in den nächst darauffolgenden Jahren verzeichneten Zuhörern finden sich sehr hervorragende Namen, deren Träger meist älter, als ihr Lehrer waren. Im Gegensatze zu der Anerkennung dieser Männer war Hebra mancherlei Anfeindungen durch Collegen ausgesetzt, welche das alte liebgewonnene Gebäude angegriffen sahen und sich von dem Jünglinge nicht belehren lassen wollten.

Denn in Wien war damals für die Dermatologie vollständige tabula rasa, trotzdem von Oesterreich aus durch Plenk (1777) der erste Anstoss zu einer wissenschaftlichen Dermatologie gegeben worden war.

Was hie und da über die Begründung der wissenschaftlichen Dermatologie, über den Aufbau einer neuen Wissenschaft u. dgl. durch Hebra gesprochen wird, beruht auf geringer Kenntniss der

---

[1]) Operationszögling unter Wattmann war er nie. Die „Geschichte der Operationen", die er damals schrieb (1842), war in Folge einer Buchhändlerspeculation in unglaublich kurzer Zeit verfasst worden.

Geschichte dieser Disciplin. Wahr ist nur, dass man zur Zeit des Auftretens Hebra's in Wien von einer wissenschaftlichen Dermatologie nicht viel wusste, gerade so, wie die unsterblichen Forschungen von Laennec und seinen Nachfolgern der Wiener Universität, aus der doch Auenbrugger hervorgegangen war, erst durch Skoda vermittelt werden mussten.

Eine Dermatologie mit dem vollen Charakter der Wissenschaft hat es gegeben seit Plenk, Willan, Alibert, Biett, Rayer. Sie war freilich gerade zur Zeit von Hebra's Auftreten überall in bedenklichem Niedergange, die Traditionen der genannten Meister auch in London und Paris der Vergessenheit nahe. Hebra knüpfte an sie wieder an; er hat sie zu neuem Leben erweckt, indem er nicht die Wissenschaft der Hautkrankheiten —, sondern die Wiener Schule derselben geschaffen hat. Wir werden später darauf zurückkommen, was sie bedeutet — und fahren jetzt in den biographischen Notizen über Hebra fort.

In den Jahren 1842 und 1843 publicirte Hebra zuerst wissenschaftliche Jahresberichte über die Abtheilung für chronische Hautausschläge; im J. 1844 eine Arbeit über Krätze und einen Aufsatz über die die behaarte Kopfhaut selbstständig ergreifenden Hautkrankheiten. 1845 übernahm er die selbstständige Leitung der Abtheilung und publicirte noch in demselben Jahre seinen „Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten“ in den Jahrbüchern der Gesellschaft der Aerzte 1845.

Im J. 1852 unternahm er eine mehrmonatliche Reise nach Norwegen, um die Lepra (Spedalskhed) zu studiren. Dort sah er auch die erste Scabies norvegica, wie er sie später benannte. Die Spitäler von Paris, insbesondere das Hôpital St. Louis besuchte er in den Jahren 1852, 1862, 1867, 1872 und 1875, jene von London im J. 1862.

Im J. 1848 war er zum wirklichen Primararzt des allgem. Krankenhauses, 1849 zum ausserordentlichen Professor der Dermatologie ernannt worden, aber erst 1869 zum Ordinarius des Faches; erst in den letzten Jahren seines Lebens wurden ihm äussere Ehren reichlich zu Theil: der Adelstand, der Titel eines Hofrathes, die Ernennung zum correspondirenden Mitgliede der Wiener Aka-

demie der Wissenschaften, die Wahl zum Präsidenten der Gesellschaft der Aerzte nach Rokitansky's Tod.

Im letzten Jahrzehnte war Hebra häufig krank und musste seine freie Zeit, die ihm ohnedies durch die Klinik und seine grosse Praxis nur karg zugemessen war, immer ausschliesslich zum Ausruhen benützen. Sein primäres Leiden war eine chronische Bronchialblennorrhöe (Bronchiectasien?), an der er schon vom frühesten Kindesalter an litt. Mit nur kurzen Unterbrechungen dauerten diese oft mit Fieber verbundenen Katarrhe sein ganzes Leben lang und steigerten sich begreiflicher Weise stetig. Consecutiv traten Herzvergrösserung und Stauungen in der Leber und den Nieren ein und die letzten Wochen verbrachte Hebra, von einer durch Bright'sche Niere erzeugten Hydropsie und heftigen asthmatischen Anfällen gequält, unter grossen Leiden, bis ihn ein sanfter Tod im 64. Jahre seines Alters am 5. August 1880, gegen 5 Uhr Morgens, umgeben von seiner aufopfernden Gattin und seinen liebevollen Kindern, dahinraffte.

Seine irdische Hülle wurde am 7. August in der Nähe Rokitansky's auf dem Hernalser Friedhofe unter grosser Theilnahme der Wiener Bevölkerung, begleitet von all seinen vielen Freunden, Collegen und Schülern und der Wiener Studentenschaft unter einer Fülle von Blumen und Kränzen zur ewigen Ruhe bestattet.

Bevor wir die uns theure Pflicht erfüllen, seine grossen Verdienste zu würdigen, wollen wir vorerst ein Verzeichniss seiner wissenschaftlichen Publicationen hier beifügen, wie es sich in seinem Nachlasse, von ihm selbst entworfen, vorgefunden hat:

A. Grössere Werke.

I. Atlas der Hautkrankheiten. Herausgegeben von der k. k. Akademie d. Wissenschaften. Wien 1856—1876. Text von Hebra, Bilder von Elfinger und Heitzmann.

II. Atlas der Hautkrankheiten. Herausgegeben von Ferd. Enke in Erlangen 1867—1869. Text von Baerensprung und Hebra.

III. Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Erlangen 1860. Enke's Verlag. III. Bd. Acute Exantheme und Hautkrankheiten. I. Theil. (II. Theil von Kaposi.)

III. Dasselbe in englischer, französischer, italienischer und russischer Uebersetzung.

IV. Geschichtliche Darstellung der grösseren chirurgischen Operationen mit besonderer Rücksicht auf Edl. v. Wattmann's Operationsmethoden, Wien 1842.

B. Journal-Aufsätze

in chronologischer Ordnung.

1. Jahresbericht über die vom 1. Jänner bis 31. December 1841 an der Abtheilung für chronische Hautausschläge behandelten Kranken. Med. Jahrb. des k. k. österr. Staates, 38. Band, oder neue Folge XXIX. Band. Wien 1842, Seite 310, dann 40., resp. XXXI. Band, Seite 177 und 323; ferner 41. oder XXXII. Band, Seite 203 und 345.
2. Ueber Krätze. Med. Jahrb. etc. 46, resp. XXXVII. Band, 1844, III. Heft, S. 280; IV. Heft, S. 44 u. V. Heft, S. 99.
3. Jahresbericht der Ausschlagsabtheilung. 1843. l. c. VIII. Heft, S. 238; IX. Heft, S. 353 und X. Heft, S. 163.
4. Ueber die die behaarte Kopfhaut selbstständig ergreifenden Hautkrankheiten. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte. I. Jahrg., 1844, II. Heft, S. 24.
5. Versuch einer auf pathol. Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankh. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. d. Aerzte. II. Jahrg., 1845, I. Band, S. 34, 143 und 211.
6. Dermatologische Skizzen. a. a. O., III. Jahrg., 1846. I. Bd. S. 324.
7. Ueber eine in Norwegen beobachtete neue Form der Krätze etc. a. a. O. VIII. Jahrg., I. Band, 1852, S. 390.
8. Skizzen einer Reise in Norwegen. a. a. O. IX. Jahrg., I. Band, 1853, S. 60.
9. Beitrag zur Geschichte der sogenannten norwegischen Krätze. 2. Artikel. IX. Jahrg., II. Bd., 1853, S. 33.
10. Sieben Monographien über Krätze. a. a. O. X. Jahrg., 1854. I. Band, S. 86.
11. Bericht über die während des J. 1853 stattgehabte Bewegung und Ereignisse an der Klinik und Abtheilung für Hautkranke im k. k. allgem. Krankenhause zu Wien. a. a. O. X. Jahrg., 1854, II. Bd., S. 97.

12. Ueber Herpes tonsurans (Cazenave). a a. O. X. Jahrg., 1854, II. Band, S. 473.
13. Gutachten über die Vaccinationsfrage. Referat an die k. k. Gesellsch. d. Aerzte. a. a. O. XIII. Jahrg., 1857, S. 276.
14. Ueber das Verhältniss einzelner Hautkrankheiten zu Vorgängen in den inneren Sexualorganen des Weibes. Wochenbl. d. Ztschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte. I. Jahrg., 1855, S. 633.
15. Beiträge zur Syphilisation. a. a. O. II. Jahrg., 1856, S. 213.
16. Bericht über die Syphilisation. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte 1860, S. 129.
17. Ueber die Anwendung des Schwefels bei Hautkrankheiten. In der Wr. allg. med. Ztg. V. Jahrg., 1860, pag. 385.
18. Ueber das Nichtbestehen charakteristischer Narben. a. a. O. VI. Jahrg., 1861, S. 10.
19. Ueber die innerliche und äusserliche Anwendung von Jodpräparaten bei Hautkrankheiten. a. a. O. VII. Jahrg., 1862, S. 21.
20. Ueber die Wirkungen der Hautreize. l. c., S. 425.
21. Dasselbe in französischer Uebersetzung. 1867.
22. Ueber Fussschweisse. Wr. allg. med. Ztg. VIII. Jahrg., 1863, S. 114.
23. Apparat zum Gebrauche warmer continuirlicher Bäder etc. Wien 1862. K. k. Hof- und Staatsdruckerei.
24. Dasselbe in englischer und französischer Uebersetzung.
25. Aerztlicher Bericht über die Blatternepidemie, welche vom 1. October 1861 bis Ende Juni 1863 andauerte. Aus dem Jahresberichte des k. k. allg. Krankenhauses vom Jahre 1863. Separatabdruck.
26. Ueber die sogen. Phthiriasis (Läusesucht). Wiener med. Presse, Jahrg. 1865.
27. Ein Fall eines geheilten, aus Lupus entwickelten, faustgrossen Epithelioms an der Wange. Wr. med. Wochenschr., Jahrg. 1867.
28. Ueber die Verwendung des Kautschuks bei der Behandlung von Hautkrankheiten. In dem I. Hefte des Archivs für Dermatologie und Syphilis von Auspitz und Pick 1869 veröffentlicht.
29. Ueber die ambulatorische Behandlung der Syphilis. Wr. med. Wochenschr. 1869.
30. Ueber den Befund von Pilzen bei Eczema marginatum. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Prag 1869.

31. Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase (Rhinosklerom). Wr. med. Wochenschr. 1870.
32. Ueber einzelne während der Schwangerschaft, des Wochenbettes und bei Uterinalkrankheiten der Frauen zu beobachtende Hautkrankheiten. Wr. med. Wochenschr. Nr. 48, 1872.
33. Ueber die Wirkung des Wassers auf die gesunde und kranke Haut. Wr. med. Wochenschr. Nr. 1, 1877.
34. Zur Therapie der Acne rosacea. Wr. med. Wochenschr. Nr. 1, 1878.

Ausserdem die alljährlich erschienenen, theils von Hebra selbst, theils unter seiner Redaction von den jeweiligen Assistenten verfassten „Jahresberichte“ der Klinik und Abtheilung für Hautkranke, welche einen Theil der „Jahresberichte“ des k. k. allgem. Krankenhauses ausmachen.

Wir haben oben erwähnt, dass Hebra's Auftreten in Wien in den vierziger Jahren die Dermatologie als wissenschaftliche Disciplin für Wien neu etablirte. Sie war hier gar nicht beachtet worden, unter der Signatur „Krätze“ wurden alle chronischen Hautkrankheiten zusammengeworfen; ihre Behandlung stand auf dem primitivsten Standpunkte, sie wurde in der That Quacksalbern und selbst im Wiener allg. Krankenhause den jüngsten Aerzten fast ohne Controle überlassen, wie etwa schmutzige häusliche Verrichtungen den untersten Kategorien der Dienerschaft.

Als sich Hebra damit zu beschäftigen anfing, stand gerade der Stern Rokitansky's, des Schöpfers der Wiener Schule im Zenith; eben erschien der erste Band seiner epochemachenden pathologischen Anatomie; seine Lehren beherrschten die Wiener Medicin und sie sollten bald jene Deutschlands und des Auslands sich unterwerfen. In der klinischen Medicin hatte Skoda eben die physikalische Untersuchung in Wien eingebürgert und er begann auch auf die Nosologie im Ganzen und auf die Therapie in einer Weise einzuwirken, die ein eigenthümliches Gepräge trug, das Gepräge des medicinischen Rationalismus. Während Rokitansky die Thatsachen in der Stille sammelte, prüfte und dann ohne viel Raisonnement als ein farbenreiches klinisches Gemälde auf anatomischer Grundfläche vor die Augen zauberte; war Skoda's Thä-

tigkeit in der Pathologie — abgesehen von seiner Specialität, der Untersuchungsmethode und ihrer positiven physikalischen Begründung — eine mehr kritisch beleuchtende, ein nüchternes, strenges Abwägen, welches sich von dem phantasiereichen Gebahren der früheren Kliniker wohl unterschied, Aufmerksamkeit und Zweifel wachrief, dadurch zur neuerlichen Prüfung aller, auch der scheinbar sichersten Thatsachen und zu neuen geistreichen Combinationen derselben gelangte und sich so vortrefflich an den wuchtigen Schritt des Rokitansky'schen Geistes anlehnte.

In der Therapie aber, wo Skoda ohne Contact mit dem zum Positiven geneigten Genius Rokitansky's geblieben war, liess er die Kritik mit vernichtender Schärfe walten, indem er für die Behandlung die möglichst ungestörte Beobachtung der Arzneiwirkung als Axiom aufstellte. Er ging darin wohl zu weit, indem er das Princip des Lernens als ein praktisches Princip für das Handeln verwendete.

Aus diesen Momenten, wie sie sich in Rokitansky und Skoda ausprägten, einer mächtigen positiven und einer praktisch mehr in den Vordergrund tretenden kritisch-raisonnirenden Richtung hat sich dasjenige aufgebaut, was man die Wiener Schule zu nennen pflegt.

In das Aufblühen dieser Schule, welche bald die ganze medicinische Welt mit ihrem Geiste erfüllte, trat nun zu Beginn der 40er Jahre auch Ferdinand Hebra.

Mit Rokitansky hatte er das ausgesprochene Talent für die morphologische Betrachtung gemein, die Gabe der schnellen und sicheren Gruppirung äusserer Merkmale zu lebendigen Bildern; dasjenige was den eminenten Naturhistoriker ausmacht.

Mit Skoda den scharfen Verstand, welcher jedoch bei ihm weniger den fein zugespitzten dialektisch-kritischen Charakter zeigte, als vielmehr eine naive und unbeeinflusste, gerade auf das Ziel losgehende, mit Witz und Bonhomie gepaarte Urtheilskraft, die höchste Potenz dessen, was man gemeinhin als „gesunden Menschenverstand" bezeichnet.

Dazu kam aber drittens eine ausnehmende Energie des Denkens und Handelns, welche ihn antrieb, in beiden die äussersten Consequenzen nicht zu scheuen.

Was ihm fehlte, war jener umfassende Blick, jene philosophische Ruhe, wie sie auch grossen Geistern nur dann eigen ist, wenn ihnen auch die höchste Bildung innewohnt wie Rokitansky. Hebra besass keine ausgedehnte allgemeine Bildung, er war literarisch sogar ein wenig unbeholfen; abstracten Fragen oder feineren schriftstellerischen Problemen wendete er sich ungern zu.

Auch auf dem Gebiete der Pathologie war Hebra in diesem Punkte nicht hervorragend begabt, und wer eine Vorlesung Skoda's und darauf eine von Hebra zu hören in die Lage kam, dem fiel der Contrast, was die Vergeistigung des klinischen Objects durch den Einen, die praktische Verwerthung durch den Andern betrifft, klar in das Auge.

Was Hebra für seine Specialwissenschaft, die Dermatologie, geleistet hat, ist leicht aus diesen Eigenschaften herzuleiten.

Er suchte zunächst die Krankheitslehre zu klären, indem er dieselbe von den humoral-pathologischen Doctrinen, welche noch in der Medicin in Geltung standen, möglichst frei zu machen unternahm. Er verwarf sofort die Alibert-, Schönlein- und Fuchs'sche Richtung und kehrte sich zunächst der Willan- und Biett'schen Efflorescenzenlehre zu, welche er sorgfältig prüfte und hierauf in seinem Sinne zu verwerthen begann, indem er sie mit pathologisch-anatomischen Grundanschauungen, welche er Rokitansky entlehnte, in Verbindung brachte und so sein eigenes System der Hautkrankheiten construirte.

Dass dieses System weder ein natürliches noch ein künstliches genannt werden darf, dass es von seiner pathologisch-anatomischen Grundlage sich theilweise wieder entfernte, dass es selbst für seine Zeit mannigfache logische Fehler barg, für unsere Zeit aber die Berechtigung, als System zu gelten, verloren hat, habe ich an anderem Orte darzulegen versucht.

Also nicht in den allgemeinen Gesichtspunkten und nicht im Systeme der Hautkrankheiten wären Hebra's grosse Leistungen zu suchen.

Sie finden sich in der morphologischen Arbeit, welche Hebra für die Dermatologie gethan hat und in der Therapie.

Er verstand es wie kein Anderer vor und nach ihm, die Krankheitsbilder scharf zu sondern und das Individuelle vom Ge-

nerellen zu scheiden, das Wichtige dem Unwichtigen gegenüber an die oberste Stelle zu setzen, das Zusammengehörige zu verbinden. So gewann unter seinen Händen die Nosologie der Scabies ein schärferes Gepräge, indem er die längst bekannte, aber auch wieder bei Seite geschobene Krätz-Milbe auf ihrem Throne befestigte und alle Putsche der Krätz-Diathetiker bis in die entferntesten Schlupfwinkel verfolgte. Von da aus begann er einen Feldzug gegen die damals noch herrschende Scheu vor dem Heilen äusserer Krankheiten, deren Repression auf edle Organe man fürchtete, gegen die Diathesen- und Herpetidentheorien mit ihrem mystischen Symptomenkram, gegen die Weichselzöpfe und Läusesuchten.

Dagegen gestaltete er scharf umrissene neue Bilder einer Reihe von Hautkrankheiten, indem er theils andere Grenzen derselben zog und früher getrennte Individuen vereinigte, theils unhaltbare Termini beseitigte, theils endlich neue Krankheitsformen kennen lehrte.

Zu den ersten gehören: Eczem, Psoriasis, Prurigo, Erythema multiforme; zu der zweiten Reihe die Porrigines, Achores, der Strophulus, viele Lichenes u. dgl. m.; zu den letzten das Eczema marginatum, der Lichen ruber, das Rhinosklerom.

In seinen allgemeinen pathologischen Anschauungen hatte sich während dessen im Grossen kein Fortschritt vollzogen. Auf Hebra ist die physiologisch-experimentelle Richtung, welche die klinische Medicin in den letzten Jahrzehnten eingeschlagen hat, nicht von Einfluss gewesen. Bei der Consequenz, mit welcher er seine ehrlich gefassten Meinungen durchführte und verfocht, geschah es daher nicht selten, dass er in Conflict mit den neueren physiologisch-klinischen Methoden und Ueberzeugungen gerieth. So war seine Erkältungs-Theorie, sein Läugnen auch der physiologischen Wirkungen aller spastischen Hautreize und selbst des Wassers, welches noch den Gegenstand seiner vorletzten Publication gebildet hat — eine wahrhafte Abnormität.

Ebenso ist er nur in geringerem Masse den Fortschritten der pathologischen Anatomie, insbesondere der Histologie gefolgt, und ist seine Anwendung des Mikroskops eigentlich über die Besichtigung von Krätzmilben und von Pilzen nicht weit hinausgekommen. Zu Beginn der 60er Jahre, als einer seiner Assistenten in Wien, die Fussstapfen v. Baerensprung's und G. Simon's verfolgend,

zum Behuf histologischer Untersuchung angefertigte Präparate aus variolöser und lupöser Haut ihm producirte, wollte er nicht recht darauf eingehen, indem er äusserte: „Ich habe mit E.... schon vor zehn Jahren solche Studien umsonst getrieben; es sieht dabei Nichts heraus.“ Später freilich musste er seine ablehnende Haltung in dieser Richtung aufgeben.

Auch was die Stellung der Hautkrankheiten dem Organismus gegenüber betrifft, hat er wohl immer das Richtige geahnt, ja es in den ersten Worten der Einleitung seines Handbuches direct ausgesprochen. Und doch war gerade hier am deutlichsten ersichtlich, wie sehr der Mangel an umfassender allgemein pathologischer Bildung seine Schwingen lähmte. So kam es, dass er hier im Grossen und Ganzen trotz aller Detailarbeit auf dem Standpunkte stehen geblieben ist, welchen die Dermatologie vor ihm erklommen hatte und dass es ihm nicht gelang, an die Stelle der mit schärfsten Waffen von ihm bekämpften und besiegten humoral-pathologischen Hypothesen den wirklichen Zusammenhang der Hautaffectionen mit den Vorgängen im Organismus überhaupt, entsprechend den Fortschritten der klinischen Forschung letzterer Zeit, zu setzen.

Das ist der Hauptgrund, warum sein grosses Handbuch der Hautkrankheiten bei aller Originalität und bei der Fülle klinischer und therapeutischer Schätze, die es in seiner etwas rauhen Hülle birgt, doch keine radikale, die Grundlage unserer Wissenschaft reformirende Wirkung ausübte. Der Versuch aber, welcher in der zweiten Auflage und im zweiten Bande des Buches gemacht worden ist, die alten Hebra'schen Grundanschauungen mit neumodischen Zierrathen auszuschmücken, hat sich nicht als erfolgreich erwiesen.

Am allermächtigsten hat sich Hebra's Einfluss in der Therapie der Hautkrankheiten geltend gemacht, wie es bei der Vereinigung einer scharfen Beobachtungsgabe, durchdringenden Verstandes, geringer Scheu vor Autoritäten und rücksichtsloser Energie von ihm zu erwarten war. Was er in dieser Beziehung kritisch, experimentell und schaffend für die Dermatologie gethan hat, war das Resultat unausgesetzter Prüfung alles Neuen, mochte es von wo immer herstammen und der unbefangensten Objectivität. Ob auch eine oder die andere seiner therapeutischen Entdeckungen und Voraussetzungen sich als irrig erwies, ob insbesondere der Werth des von ihm empfohlenen continuirlichen Wasserbettes sich

bei unbefangener Beurtheilung als ein beschränkter, vielleicht hie und da als das Gegentheil des Nutzens herausstellen möge, — das thut seinen grossartigen Verdiensten nicht den mindesten Eintrag.

Wir kommen zum Schlusse.

Was Hebra für unsere Wissenschaft gethan hat, ist von unvergänglichem Werthe. Was er aber überdies als Lehrer für die Verbreitung gesunder Anschauungen, einer geraden und energischen Handlungsweise am Krankenbette, was er für den Sturz des Autoritätsglaubens bei seinen Schülern gewirkt hat, die jährlich zu Hunderten aus der ganzen Welt zusammenströmten, um seinen klaren, durch geistreiche Aperçus oft der schlagendsten Art zündenden, sich in das Gedächtniss tief eingrabenden Vorträgen zu lauschen — das hat ihn zu einem der gefeiertsten Kliniker und zu einem der wirksamsten Verbreiter des Wahren und Heilsamen gemacht.

Und so bleibt ihm jene Ehrfurcht, welche dem Genius, jene Dankbarkeit, welche dem grossen Lehrer und jene Liebe, die dem kräftig-edlen Manne geweiht wird, unvergänglich für alle Zeiten!

Heinrich Auspitz.

Originalabhandlungen.

Mykologische Beiträge.

Von Dr. **P. G. Unna** in Hamburg.

(Hierzu Tafel II.)

I. Herpes tonsurans vesiculosus in drei concentrischen Ringen auftretend.

(Hierzu Fig. 1.)

Herr Dr. Michael hatte die Güte, mir einen Fall von Herpes tonsurans mitzutheilen und dessen Publication zu gestatten, welcher durch Verdreifachung des Ringes eine merkwürdige, dem Herpes Iris äusserst ähnliche Erscheinung darbot. Da Manson in seiner Publication über „Tinea imbricata" unter den wohlberechtigten Unterschieden dieser Pilzkrankheit vom gewöhnlichen Ringworm die Multiplicität der Ringe als pathognomonisch für Tinea imbricata angibt, sei es mir gestattet, diesen Fall kurz zu skizziren, um zu zeigen, dass ein derartig erneutes Hervorbrechen aus dem Ansiedelungsmittelpunkte doch auch beim Trichophyton tonsurans nicht zu den Unmöglichkeiten gehört.

Auf dem Rücken eines in ärmlichen Verhältnissen lebenden eilfjährigen Mädchens, in der Gegend der linken Fossa supraspinata, fanden sich die sehr regelmässig angeordneten, vollkommen ausgebildeten, concentrischen Ringe in der Grösse, wie sie die Abbildung nach einer von Herrn Dr. Michael angefertigten Farbenskizze wiedergibt. Das Aussehen der Ringe war gleichmässig; alle standen auf derselben Höhe der Entwickelung. Sie bestanden aus circa 3 Mm. breiten, leicht erhabenen Wällen, welche auf mässig gerötheter Basis trockene, weissliche Schuppen und am äusseren Saume zerstreut hier und da ein Bläschen trugen. Die Zwischenräume zwischen den Wällen waren ebenfalls ziemlich von gleicher

Breite, nämlich wie der Radius des innersten Kreises: circa 4 Mm. Die mikroskopische Untersuchung der Schuppen wies mässig reichliche Mycelien und Conidienketten auf. Die Anamnese war nur mit Mühe zu erheben, ergab aber soviel, dass zuerst ein, dann zwei, endlich drei Ringe und zwar immer wieder vom selben Punkte ausgehend, im Laufe einiger Wochen entstanden seien, und dass die Mutter vor Kurzem eine schuppende Krankheit des behaarten Kopfes mit Haarausfall durchgemacht habe. Die Indolenz der Umgebung, die Dicke und relative Unempfindlichkeit der Rückenoberhaut und die Schwierigkeit für den kratzenden Nagel, die betreffende Region zu erreichen, möchte die exemplarisch schöne Ausbildung des Herpes tonsurans in diesem Falle begünstigt haben. Die Therapie gebot die schleunige Zerstörung der Kreise, weshalb ein weiteres Verhalten derselben nicht verfolgt werden konnte.

II. Eine ringförmige Varietät von Pityriasis versicolor.

Schon gegen Ende des Jahres 1879 machte sich in Hamburg eine auffallende Häufigkeit der gewöhnlichen Pilzaffectionen der Haut geltend. Dass die ungewöhnlichen Witterungverhältnisse dieses Winters hiezu das ihrige beitrugen, erscheint mir nicht unwahrscheinlich. Vor Allem fanden sich Herpes tonsurans- und Pityriasis versicolor-Fälle in überraschender Anzahl. Dass ein entschiedener Genius epidemicus für gewisse Dermatomykosen vorlag, zeigte sich auch dadurch, dass viele Individuen, welche Jahre lang die bekannten Flecken von Pityriasis versicolor oder Eczema marginatum an der inneren Schenkelfläche getragen hatten, plötzlich unter universellen Ausbrüchen dieser Pilzkrankheiten zu leiden hatten; dass manche alte Fälle von uncomplicirtem Pruritus ani oder scroti mit einem Male ihr Ansehen veränderten, sich als Pilzansiedlungen erwiesen und dann auch unter entsprechend veränderter Behandlung rasch besserten; dass die Pityriasis versicolor endlich auch an Körpergegenden zu sehen war, welche sonst peinlich von ihr gemieden werden, nämlich am unbedeckten Halse und Gesichte. Auf das gleichzeitige gehäufte Vorkommen von Impetigo contagiosa möchte ich ebenfalls hinweisen.

Diese Fruchtbarkeit, wenn ich mich so ausdrücken darf, stieg noch im Januar 1880 und erreichte Anfangs Februar in dem mir

zugänglichen Beobachtungskreise ihr Maximum. Seitdem hat sich die Anzahl neu auftretender Fälle bedeutend vermindert. Ich bin so glücklich, nicht blos auf die trügerische Statistik einer einzelnen Privatpraxis in dieser Hinsicht angewiesen zu sein, da mir die officielle Untersuchung der Prostituirten forwährend ein reiches Beobachtungsmaterial von grosser Constanz zuführte. So zählte ich beispielsweise an einem Tage im Anfange des Februar in einem bestimmten Quartiere unter 82 weiblichen Individuen 17 Fälle von Mykosen und zwar grösstentheils solche von Pityriasis versicolor, also circa 20 % bei sonst gesunden und die Pflege der Haut mehr als gewöhnlich beobachtenden Personen. Hierin waren freilich alle Mykosen älteren und jüngeren Datums, ganz beschränkte und universelle inbegriffen. Aber diese Zahl — und ähnliche ergaben auch andere Bezirke — überstieg doch die Norm um das Drei- bis Vierfache. Noch jetzt (im März) ist jedoch dieser Durchschnitt von 5—8 % nicht wieder erreicht.

Hier hatte ich nun auch sehr häufig die mir bis dahin fremde Erscheinung einer Pityriasis versicolor zu registriren, welche wie der Herpes tonsurans vesiculosus sich in Ringform abwandelte. Es fand dieses besonders bei den acuten, über grössere Körperstrecken ausgedehnten Ausbrüchen statt. Die neu entstandenen Flecke waren zuerst immer kreisförmig, etwa zwanzigpfennigstückgross. Während dieselben sich peripherisch vergrösserten, schwand die braune Farbe in der Mitte vollständig und es waren jetzt Ringe vorhanden, an Grösse bis zu der eines Fünfzigpfennigstücks, während das blassgewordene Centrum ungefähr den Umfang der ersten Ansiedlung hatte. Diese acut und in Ringform auftretenden Eruptionen zeigten nicht wie die sehr chronisch zunehmenden universellen Pityriasis-Fälle eine Neigung zu confluiren. Die Affection besserte sich, ja verschwand sogar in einigen Fällen spontan unter gewöhnlichen Waschungen. In anderen Fällen beobachtete ich unter medicamentöser Einwirkung ein Schmälerwerden der Ringe, indem das periphere Wachsthum nie die Fünfzigpfenniggrösse überschritt, aber das blasse Centrum sich allmälig vergrösserte. Eigentliche Uebergänge von der Ring- zur gewöhnlichen Kreisform waren nicht vorhanden, dagegen kamen öfters beide Formen an einem Individuum vor, indem z. B. Brust und Bauch mit confluirenden Kreisflecken, die Inguinalgegenden mit discreten Ringen besetzt waren.

Es war somit hier eine vollkommene Analogie der Pityriasis versicolor mit dem Herpes tonsurans vorhanden, der bekanntlich sowohl in Ring- als in Kreisform auftritt. Doch liegt mir nichts ferner als hierin etwas mehr als eine blosse Analogie zu sehen. Bis auf die Ringform handelte es sich stets um eine gut charakterisirte Pityriasis versicolor, wofür ausser dem leicht nachweisbaren Pilze das rehbraune Colorit, das Abschilfern unter dem kratzenden Nagel, der oberflächliche Sitz in der Hornschicht und die vollkommene Schmerzlosigkeit der Affection genügendes Zeugniss ablegten. Die Ringform ist ja überhaupt nur der Ausdruck für besondere Existenzbedingungen des Nährbodens. Sind diese reichlich schon in den oberen Hornschichten vorhanden, so resultirt eine einfache ungehinderte Flächenausbreitung, d. i. die Kreisform. Sind dabei aber die äusseren Bedingungen der Verbreitung abnorm günstige, so werden auch weniger disponirte Individuen befallen werden und es ist dann leicht verständlich, dass bei diesen die Affection ausnahmsweise weniger Fuss fassen kann und daher einerseits rascher wieder vergeht oder mit anderen Worten acuter auftritt, andererseits der Pilz die befallenen Stellen rascher abweidet, als er Nahrungszuschuss erhält und daher aus der Kreis- zur Ringform übergeht.

III. Pityriasis versicolor im Gesichte.

Es gilt als Dogma, dass die Flecke von Pityriasis versicolor stets nur an bedeckt gehaltenen, dem Lichte entzogenen Partien der Haut zu finden sind. Gehen wir die Lieblingsplätze derselben durch, so finden wir allerdings alle am Rumpfe und den Extremitäten soweit vertheilt, als der Körper gewöhnlich bekleidet ist. Gesicht, Hände und Füsse dagegen scheinen sich vollkommener Immunität zu erfreuen. Näher bezeichnet werden nun innerhalb dieser Grenzen im Allgemeinen solche Plätze bevorzugt, denen eine höhere Temperatur und stärkere Ausdünstung eigen ist: es sind die Beugeflächen der Hüft- und Schulter- (Inguinalgegenden und Achselhöhlen), Knie- und Ellbogengelenke, Hals und Nacken, soweit sie bekleidet getragen werden, die mittlere, obere Brust- und Schamgegend, sowie ein schmaler, mittlerer der Linea alba

folgender Streifen, welcher diese beiden verbindet, ein ähnlich ausgebuchteter, mittlerer Streifen am Rücken, endlich die Contactflächen zwischen Scrotum und den Beinen und unter den Hängebrüsten. Auf diesen Punkten pflegen die ersten Ansiedlungen zu erfolgen und von hier aus nach allen Seiten sich auszubreiten. Liegt es da nicht nahe, noch mehr als an den Einfluss des Lichtes an den der Wärme und Feuchtigkeit zu denken? Soweit der Körper unbedeckt getragen wird, hat eben nicht blos das Licht, sondern auch die Luft freien Zutritt, mit der rascheren Verdünstung sind aber Trockenheit und Kälte zugleich gegeben und wir haben vom botanischen Standpunkte aus wohl mehr Grund für das Gedeihen von Pilzen auf diese Gewicht zu legen als auf das Licht. Es würde zu dieser Ansicht auch recht gut stimmen, wenn die Beobachtung, welche ich bisher stets machen zu können glaubte, von anderen Beobachtern bestätigt würde, dass nämlich Pityriasis versicolor besonders bei leicht schwitzenden Individuen vorkommt. Ich kann sogar die Behauptung eines so erfahrenen Dermatologen wie Kaposi, nach welchem „etwas trockene, wenig geschmeidige, mit „trockener Fettsecretion (Seborrhoea sicca) behaftete Hautorgane „in grösserer Zahl Pityriasis darbieten“, recht gut mit meiner Ansicht in Einklang bringen. Denn Kaposi hat offenbar hier diejenigen Personen im Auge, bei welchen ein leichter Defect in der Talgproduction, (nicht der Schweissproduction) statthat und gerade bei diesen führt bekanntlich die Hautausdünstung, die im Gegensatze dazu vermehrt sein kann, an bedeckten und sich berührenden Hautstellen am leichtesten zur Maceration der Oberhaut, an unbedeckten am ehesten zu jenem verderblichen häufigen Wechsel im Wassergehalt der Hornschicht, welcher die Haut „spröde“ macht, zur Abschilferung und weiterhin zum Eczem führt. Sowohl die macerirten, wie die „spröden“, schilfernden Hornschichten aber werden für die Ansiedlung von Pilzen günstigere Verhältnisse darbieten als die gut eingefetteten, geschmeidigen.

Es hatte aus diesen Gründen für mich nichts Wunderbares, als sich mir kürzlich ein Cigarrenarbeiter F. H., 38 Jahre alt, vorstellte mit einer fast den ganzen Rumpf und die Arme bedeckenden Pityriasis versicolor, welcher auch über Jucken im Barte klagte und bei näherer Besichtigung die Pilzflecke nicht blos am bedeckt getragenen Halse, sondern auch über die ganze untere Hälfte des Gesichts

zerstreut zeigte. Es war ein mittelgrosses, untersetzt gebautes Individuum mit reichlichem Fettpolster, stark und leicht schwitzender Haut und üppiger, schwarzer Behaarung. Backen- und Schnurrbart wurden kurz geschoren getragen und zwischen den borstenähnlich abstehenden dicken, übrigens völlig gesunden Haaren sah man die einzelnen, ziemlich hellen, um Kinn und Mund vollkommen confluirenden Pityriasisflecke, welche, wie überall an behaarten Stellen, juckende Empfindung und dadurch Kratzen, leichte Röthung und stärkeres Abschilfern der befallenen Haut verursachten. Die Flecke waren vollkommen zwischen den Haarstümpfen hindurch belichtet und erfreuten sich dennoch vollständiger Integrität. Dagegen war anzunehmen, dass die dichte wenn auch kurze Behaarung den abkühlenden und austrocknenden Einfluss der Luft erfolgreich zu vereiteln im Stande war, indem sie eine mit Wasserdampf gesättigte, stagnirende Luftschicht zunächst der Hautoberfläche erzeugte. Die Affection verschwand rasch unter Einpinslungen einer Mischung von Tinct. rhei aquosa und Glycerin zu gleichen Theilen, am spätesten im Barte, wo sie in die grossen Haarbalgtrichter wohl am tiefsten hinabsteigen konnte.

Ebenso hatte ich schon vor mehreren Jahren an mir selbst Gelegenheit zu beobachten, wie von einem Centrum in der oberen Sternalgegend aus eine kleine Colonie von Pityriasis versicolor in der Mittellinie des Halses, wie ich damals annahm: unter der Beschattung vom Barte entstand und nach wenigen Tagen kleine, leicht vergängliche Vorposten bis in die Nähe des umbarteten Mundes vorschob.

IV. Zur Anatomie des Favus.

Durch die Güte von Herrn Dr. Bülau, Oberarzt im allgem. Krankenhause, kam ich in den Besitz eines Stückes Kopfhaut, welches mit der Diagnose Favus bezeichnet, bereits Jahre lang in Spiritus aufbewahrt worden war. Es hatte ungefähr die Grösse von einem Quadratzoll und war mit einigen grünlichgelben Schüppchen vom Umfang einer Erbse bedeckt, die sich central von Haaren durchbohrt zeigten. Dieses an und für sich kleine Material versprach doch nicht unwichtige Aufschlüsse im Hinblicke darauf, dass die Anatomie des Favus bisher fast nur an abgehobenen Schüssel-

chen und ausgezogenen Haaren studirt wurde und diese Erwartung rechtfertigte sich, wie ich in Folgendem zu zeigen versuche, vollkommen.

Ich theile die Befunde in zwei Classen nach der Dignität, welche sie mir für den Favus überhaupt zu besitzen scheinen. Die erste Reihe bezieht sich auf die Topographie des Favuspilzes. Es ist selbstverständlich und wohl unanfechtbar, dass in der Frage: „auf welchem Wege findet die Invasion des Achorion in die Epidermidalgebilde statt" übersichtliche Schnittpräparate einen Werth anderer und höherer Ordnung besitzen müssen, als die subtilste Schlussfolgerung aus der Untersuchung von Schuppen und Haaren, die aus ihrem Zusammenhang gerissen wurden. Und merkwürdiger Weise ergaben sich in diesem Punkte lauter eindeutige Bilder, welche hoffentlich dem bisherigen Zwiespalte der Meinungen, sowohl von Dermatologen wie von Botanikern mit einem Mal ein Ziel zu setzen vermögen. Ich bewahre noch heute von den vor zwei Jahren von mir angefertigten Präparaten theils in Glycerin, theils in Canadabalsam 84 Schnitte von jenem Hautstückchen, mit mehreren hundert Haaren und Haarabschnitten, die zu ungefähr 150 Haaren und 40—50 Haarbälgen gehören mochten (fast sämmtliche Haarbälge enthielten mehrere, bis zu sechs Haaren). In allen diesen Haaren ist die Haarzwiebel ohne Ausnahme so weit frei von Pilzen, als noch Kerne in den Rindenzellen durch Hämatoxylintinction sichtbar gemacht werden und gewöhnlich noch ein etwas höheres Stück der compacten Rindensubstanz ebenfalls, mithin ungefähr bis zu der Stelle, von welcher an die innere Wurzelscheide in allen Lagen verhornt ist, also nach der gewöhnlichen Benennung Henle'sche und Huxley'sche Scheide beide vorhanden sind und zugleich das eigentliche Haar (Mark, Rinde und Haarcuticula) sein definitives Kaliber annimmt (s. hierzu Fig. 2 *a* u. *b*). Hier unten im Haarbalg, an der unteren Grenze des dritten Viertels hört die Einlagerung von Pilzen gewöhnlich ziemlich rasch und mit gleicher Schärfe bei schwacher und starker Vergrösserung auf, bei vielen Haaren aber bereits weiter oben, ja schon im Haarbalgtrichter. Dass die Grenze zwischen gesundem und krankem Haare auch bei den allerschwächsten Vergrösserungen (Hartn. II, 1) sich so deutlich markirt, rührt von den Veränderungen her, welche die Hornsubstanz durch die Pilzwucherung

erleidet. Sie erscheint in Glycerin sowie im Canadabalsam bräunlichgelb, dunkler als die normale Haarrinde, trockener und weniger glänzend. Besonders hat sie aber ihr sonst so gleichmässiges Gefüge vollständig eingebüsst. Die Conidienketten drängen die Hornzellen wirr durcheinander, nicht blos der äussere, glatte Contour des Haarschaftes ist verloren, in seiner ganzen Dicke scheint er zerworfen und aufgefasert. Dasselbe vergilbte, vertrocknete und unordentlich zerklüftete Ansehen bietet die innere Wurzelscheide, soweit sie verhornt ist und nur selten bis dicht an die Grenze der Verhornung heran. Gewöhnlich ist der Haarschaft mit seiner Cuticula und die innere Wurzelscheide mit der ihren ungefähr bis in die gleiche Tiefe des Haarbalges verändert und lassen deshalb nicht erkennen, ob der Pilz in beiden unabhängig von einander vorgedrungen oder ob die Wurzelscheide das Haar oder dieses jene inficirt hat. Dagegen beweisen gewisse Bilder, dass alle drei Fälle vorkommen. Man findet z. B. das obere Drittel des Haares erkrankt, dann eine tiefere Strecke ganz frei und tiefer unten wieder eine Pilzwucherung in dem Haare, während die innere Wurzelscheide in ganzer Länge erkrankt ist; hier ist die nächste Quelle der tieferen Pilzinvasion in der Wurzelscheide gelegen. Hinwieder findet man andere Haare mit discontinuirlich erkrankter innerer Wurzelscheide und ununterbrochen afficirtem Haarschaft, welche nur die entgegengesetzte Erklärung zulassen. Dass der Pilz aber auch unabhängig in beiden Theilen fortwuchert, geht daraus hervor, dass fast stets die Erkrankung in einem von beiden tiefer herabreicht. Auf der anderen Seite begegnet man nie Haaren, welche vollständig von einander isolirte Pilzherde in Schaft oder Scheide aufweisen und ich muss deshalb die Vermuthung, es könnten sich Pilze unbemerkt und ohne die Hornzellen zu verunstalten einen Weg in die Tiefe bahnen, als unbegründet zurückweisen. Die Cuticula, so nehme ich daher mit Kaposi im Gegensatz zum Botaniker Hoffmann an, setzt allerdings dem Weiterdringen des Pilzes einen etwas grösseren Widerstand entgegen als die Hornzellen der inneren Wurzelscheide und der Haarrinde, wird jedoch nachweislich noch häufig in der Tiefe des Haarbalgs durchbrochen, und regelmässig in der Höhe des Haarbalgtrichters, wo die Einwanderung des Pilzes aus der umliegenden Hornschicht durch die Cuticula in das Haar statthat. In einem anderen und

zwar wesentlichen Punkte kann ich jedoch mit Kaposi nicht übereinstimmen, wenn er nämlich sagt: „Es ist geradezu wahr„scheinlich, dass in den meisten Fällen die Pilzwucherung von hier „aus (sc. dem Bulbus des Haares), wo die Zellen succulent „und locker sind, in die Substanz des Haares eintritt, nachdem „sie zwischen den Zellen der Wurzelscheiden bis dahin nach ab„wärts gedrungen.“ Diese Worte beziehen sich zunächst auf die Abbildung eines ausgezogenen Haarschafts nebst Zwiebel und aufgequollener, innerer Wurzelscheide (Hebra und Kaposi, Theil II, pag. 609, Fig. 12), welche sämmtlich in ganzer Ausdehnung von Mycelien und Conidien des Achorion durchsetzt sind. Kaposi glaubt mit dieser einen Abbildung die Angaben von Gudden und Wedl als bedeutungslos von der Hand weisen zu können, dass sie in der Haarzwiebel nie Pilze gefunden hätten. Eine Schwalbe macht aber doch noch keinen Sommer und wenn ich unter 150 Haaren, die nicht aus beliebigen Stellen zufällig zusammengelesen, sondern auf einem Hautstückchen nebeneinander gewachsen sind, etwa 100 von Pilzfäden sowohl im Schafte wie in der inneren Wurzelscheide erfüllt finde, dagegen in keiner einzigen dazu gehörigen Haarzwiebel solche entdecken kann, so muss ich doch annehmen, dass Gudden und Wedl ganz recht gesehen haben. Ausserdem ist der Begriff: Haarzwiebel nur am Haar in situ ein fester und beschränkt sich auf die noch unverhornten, deutlich gekernten Zellen; nicht immer zieht man diese unverhornte Epithelkappe vollständig mit von der Papille ab, so dass bei den einzelnen ausgerissenen Haaren stets noch der Nachweis erübrigt, dass man die vollständige Zwiebel auch vor sich habe, ehe man behaupten kann, dass die Haarzwiebel vollständig vom Pilze durchsetzt sei — und das ist doch unumgänglich, wenn das Achorion seinen Weg durch dieselbe genommen haben soll. Immerhin glaube auch ich, dass in dem von Kaposi gezeichneten Haare eine selten weit gediehene Invasion von Favus vorliegt und halte im Uebrigen nur dieses Bild für ungenügend, um die Anschauung Kaposi's zu beweisen, wie ja überhaupt alle extremen Fälle den allergeringsten Aufschluss über den Weg geben können, auf dem sie entstanden sind. Es kommt aber weiter noch hinzu, dass diese Theorie des Umweges (nämlich von unten her durch die Wurzelscheiden in den Haarschaft) auch in einem zweiten Punkte im

Widerstreit liegt mit sämmtlichen Bildern, die ich vor mir habe. Ich finde nämlich ausser der Haarzwiebel noch die ganze äussere Wurzelscheide (ebenso wie an der Oberhaut die ganze Stachelschicht) vollständig frei von Pilzen.

Man spricht gern von „den Wurzelscheiden" als einem Individuum und so findet man auch recht unbestimmte Angaben über die Pilze der „Wurzelscheiden"; selbst Kaposi redet in der Erklärung zur Abbildung Fig. 12 (s. oben) von „Haarwurzelscheiden, beide reichlich mit Pilzen durchsetzt." Hierbei ist jedoch stets übersehen, dass man beim besten Willen nie so glücklich ist, die äussere Wurzelscheide mit der inneren zusammen auszuziehen (wir könnten sonst wohl leichter Haarbälge zur Verödung bringen). Was Kaposi abbildet, ist daher natürlich auch nur die aufgequollene innere Wurzelscheide. In seinem oben citirten Satze kann ich daher auch den Nachsatz nicht zugeben: „nachdem sie zwischen den Zellen der Wurzelscheiden bis dahin nach abwärts gedrungen." Damit fällt aber, so viel ich sehe, jeder Grund, der Theorie des Umweges zu huldigen und ich befürworte auf Grund meiner Präparate die entgegengesetzte Anschauung, dass nämlich bereits im Haarbalgtrichter der hier zwischen den Hornlamellen wuchernde Pilz einerseits durch die Cuticula in das Haar und in diesem weiter nach oben und unten, Rind und Mark[1]) zerstörend weiter dringe, andererseits direct in der anstossenden, inneren Wurzelscheide nach unten fortschreite, um auch von hier aus gelegentlich Einfälle in das eigentliche Haar zu machen.

Von der soeben behaupteten Immunität der äusseren Wurzelscheide habe ich keine eigentliche und nur hin und wieder scheinbare Ausnahmen gefunden. Es handelte sich um circumscripte Verdickungen der vom Pilze aufgetriebenen inneren Wurzelscheide, wodurch das Gebiet der äusseren stellenweise eingeengt und ausgebuchtet erschien. Bei stärkerer Vergrösserung erwies sich die äussere Wurzelscheide aber intact und nur comprimirt durch die fremde Einlagerung in die innere Scheide.

Dieses letztere Verhalten ist ja nun auch die Regel an der Oberhaut. Der Pilz wuchert hier wie bekannt, zwischen der oberflächlichen und basalen Hornschicht in den mittleren, lockeren

---

[1]) In den befallenen Haaren war nie mehr ein Markkanal erkennbar.

Lagen derselben; die Vertiefung, in welcher das Favus-Scutulum liegt, ist bekanntlich glatt, glänzend, von bereits verhornter Oberhaut gebildet. Meine Schnitte zeigen nun auch die Wirkungen des Druckes, der auf derselben lastet, einerseits durch eine allgemeine, frühe Abplattung aller Stachelzellen, andererseits durch die schwache Ausbildung, ja selbst den Mangel der Körnerschicht (s. Fig. 2), während die kernhaltige, basale Hornschicht verdickt ist. Die charakteristischen Veränderungen der Uebergangsschichten habe ich bereits wiederholt auf die zwei Factoren: erhöhte Zufuhr von Gewebslymphe und Druck von aussen zurückgeführt und hier, wie an so vielen Stellen, wo beide Factoren eventuell in Betracht kommen, ist die Entscheidung für einen von beiden schwierig.

Es zeigt sich also in dieser Hinsicht eine gute Uebereinstimmung zwischen Oberhaut und Ausfüllung der Haarbälge. Ueberall vermeidet der Pilz gerade die lockeren, succulenten Zellen und hält sich an das Verhornte, geht von verhornter Oberhaut zu verhornter innerer Wurzelscheide, von dieser zur Cuticula und weiter zum Haarschaft über, findet mithin zwischen den Hornsubstanzen der verschiedensten Herkunft kein Hinderniss, steht dagegen vor der lebendigen Stachelschicht der Oberfläche, vor der äusseren Wurzelscheide und dem Bulbus des Haares still wie vor einer Mauer.

Während ich die bisherigen Resultate, obgleich von so kleinem Materiale stammend, für fähig erachte, auf den Favus ganz im Allgemeinen Anwendung zu finden, da sie sich hundertfältig und ausnahmslos gleichmässig wiederholen, bin ich mit der Verallgemeinerung der übrigen, bemerkenswerthen Veränderungen in der Cutis für die Pathologie des Favus viel reservirter, da einerseits ihr Vorkommen ein relativ weit beschränkteres ist, andererseits pathologische Verhältnisse an dem Rücken der Kopfhaut Platz gegriffen haben können, die mir unbekannt sind und mit dem Favus nichts zu thun haben, obgleich jene sich ohne Zwang in die Pathologie desselben einreihen lassen würden.

Ich kann diese Erscheinungen theils als chronisch entzündliche, theils als Retentionserscheinungen zusammenfassen. Die ersteren beschränken sich auf das Gebiet des subpapillaren, oberen Gefässnetzes der Cutis (s. Fig. 2). Hier finden sich in meinen Präparaten die Gefässe erweitert und umgeben

von einer dichten Infiltration des ziemlich derben Bindegewebes mit grosskernigen kleinen Zellen. Dieselbe ist am dichtesten um die Haarbalgtrichter und Schweissdrüsen-Ausführungsgänge herum und erstreckt sich nirgends bis in den mittleren Abschnitt der Cutis hinein.

Die Retentionserscheinungen sind am prägnantesten ausgesprochen in zwei grossen hier vorhandenen Haarbalgcysten und vielen kleineren und grösseren (gegen 30) Cysten der Schweissdrüsen-Ausführungsgänge. In Fig. 2 sieht man ausser zwei ganzen Haaren eine solche Haarbalgcyste durchschnitten *(i)*, die cystisch veränderten Schweissdrüsen habe ich, Raumersparniss halber, aus anderen Schnitten herübergenommen und genau an Stelle der hier vorfindlichen normalen eingetragen *(e, f-g, h)*. Die Haarbalgcyste ist von der äusseren Wurzelscheide, welche hier wie im Haarbalgtrichter echte Hornschicht bildet, ausgekleidet und stellt einen Hohlraum dar, ganz erfüllt von vielfach umgebogenen, spiralig gedrehten und aufgerollten, sowohl gesunden wie favösen Haarabschnitten. Die Aehnlichkeit, welche hierdurch mit einem Comedo hervorgebracht wird, ist nur eine geringe, da hier jede Spur von Fettanhäufung fehlt. Der untere, schräg abgeschnittene Haarbalgtheil enthält ein gesundes Haarstück, welches wie ein Pfropf diese umgekehrt flaschenförmige Cyste abschliesst. Auf welche Weise die Verschliessung des Haarbalgtrichters in diesem Falle zu Stande gekommen, war auf keinem der durch die Cyste gelegten Schnitte ersichtlich. Aber das Bild eines anderen Haares möchte die Erläuterung hierzu geben. Auf einem meiner Schnitte befindet sich ein fast horizontal in der Cutis liegendes Haar, welches dicht unter der Oberfläche angelangt, unter scharfem Winkel vertical nach oben umbiegt und mit dieser scharfen Ecke die ihm entgegenstehende Balgwand durchbohrt hat und zwar unter dem Beistande einer äusserst dichten, von aussen den Balg umgebenden Zelleninfiltration, die wohl bereits einen kleinen Eiterherd darstellt. Die Retention und Rückstauung des Haares wird hier augenscheinlich durch die Einklemmung in eine darüberlagernde Favusborke hervorgebracht. Weiterhin könnte es in diesem Falle sehr wohl zu einer subepithelialen Vereiterung und Vernarbung des Haarbalgtrichters gekommen sein, wodurch die Bedingungen zur Haarbalgcyste gegeben wären.

Zahlreicher und mannigfaltiger sind die Cysten des Schweissdrüsenkanals. Dieselben finden sich nur am Ausführungsgange, aber auf dessen ganzer Länge vorzugsweise am Anfange noch innerhalb des lockeren Bindegewebes, welches den Knäuel umgibt und dann wieder nach Durchsetzung der festeren Cutisschichten im Bereich des oberen Gefässnetzes kurz vor der Einmündung in einen Haarbalg oder an die Oberfläche. Während die letzteren Auftreibungen fast stets rein kuglig sind *(e)*, zeigen die unteren Cysten meist die Form einer Birne, deren dickeres Ende nach unten sieht *(h)*; seltener finden sich einfache cylindrische Erweiterungen des ganzen Ausführungsganges oder einzelner Abschnitte desselben oder dütenförmige Erweiterungen des oberen oder unteren Endes *(f–g)*. Die Wandungen dieser Schweisscysten bestehen aus 3—4 Lagen glatter sehr gleichmässig verdünnter und verbreiteter Epithelien mit stäbchenförmig abgeplatteten Kernen und hellem, glänzendem Protoplasma. Die innerste Zellenlage lässt keinen besonderen cuticularen Saum erkennen (freilich standen mir keine Osmiumpräparate zu Gebote). Die dickeren Schnitte zeigten in diesen Cysten einen feinkörnigen, graugelblichen, von den Wandungen concentrisch zurückgezogenen, wie geronnenen Inhalt, welcher aus den feineren Schnitten gewöhnlich ausgefallen war. Diejenigen Cysten, welche im Bereich des oberen Gefässnetzes lagen, waren wie die Haarbalgcysten eingebettet in eine dichte Zelleninfiltration, weshalb auch hier die Möglichkeit vorliegt, den Verschluss des Schweissdrüsenkanals auf einen entzündlichen Ursprung zurückzuführen.

Im Gegensatze zu den eben betrachteten Veränderungen an den Knäueldrüsen vermisste ich an allen Haaren die Talgdrüsen entweder gänzlich, oder fand nur so kleine Rudimente derselben, dass ich hier den Gedanken einer wahren Atrophie um so weniger abzuweisen vermag, als bei sehr vielen Haaren in der Talgdrüsenregion eine solche Fülle von einfach epithelialen Buckeln und Wülsten vorhanden war, wie ich sie am Kopfhaar selten beobachtet habe. Die zwei Haare meiner Abbildung geben hiervon keine Andeutung.

Ausser diesen cystösen Degenerationen, welche unzweideutig den Charakter der Retention an sich tragen, sind noch einige weniger auffällige Veränderungen zu constatiren, welchen ich eine

analoge Bedeutung zuschreiben und eine kurze Erwähnung zu Theil werden lassen möchte. Vor allem nenne ich die Häufung vieler Haare in einem Balge. Das Vorkommen von 2 und 3 Haaren in einem Balge ist an der menschlichen Kopfhaut ein gewöhnliches Vorkommen. Die Haare haben dann gewöhnlich ein verschiedenes Kaliber und repräsentiren nach der Natur ihrer Verbindung mit dem Balgepithel die verschiedensten Altersstufen vom jungen Papillenhaar, dessen Spitze noch unter der Oberfläche verborgen ist bis zu dem, im mittleren Balgtheile direct in den dortigen Stachelzellen wurzelnden mark- und papillenlosen Haare (meinem: Beethaare). Hier dagegen finden sich öfters 4, 5 und 6 Haare in einem Balge von meist gleichem Kaliber und Alter, zum Theile frei, zum Theile befallen von Favus. Es sind also neben den favusfreien, jüngeren Haaren die älteren favösen im Balge zurückgehalten und dadurch auch daran verhindert worden, die gewöhnlichen Altersveränderungen unter Heraufrücken im Balge durchzumachen.

Die Summe aller betrachteten Erscheinungen lautet mithin: Chronisch entzündliche Zelleninfiltration im oberen Gefässgebiet der Cutis und Retentionserscheinungen an den Haarbälgen und Ausführungsgängen der Schweissdrüsen, welche in mannigfaltiger Cystenbildung gipfeln. Welche Erscheinungen in erster Linie aufgetreten und daher als bedingende anzusehen sind, darüber bietet mein Material keine Anhaltspunkte. Indem ich diese Befunde weiterer Nachforschung anheimgebe, möchte ich noch zum Schlusse darauf hinweisen, dass sie sich dem klinischen Bilde des Favus ganz gut anpassen lassen, obgleich man nicht gewohnt ist, irgend welche krankhafte Veränderungen an der Cutis während des Bestehens eines Favus besonders zu notiren. Einmal erinnere ich an die narbenähnlich atrophischen Stellen, welche ein Favus stets zurücklässt und welche sonst nicht ohne vorhergehende, entzündliche Infiltrationen der Lederhaut zu Stande kommen. Andererseits beruhen viele der klinischen Eigenthümlichkeiten des Favus auf seiner Eigenschaft, für die Hornschichten, in denen er lebt, ein Bindemittel abzugeben, ganz im Gegensatz zum Trichophyton tonsurans, welches die Hornmassen, die es durchsetzt, zersplittert und zu rascherer Abstossung bringt. Weder schuppt die Hornschicht durch das Eindringen von Achorion ab, noch splittern und

brechen die Haare wie beim Herpes tonsurans, sondern erstere backt mit den Pilzen zu den bekannten Schüsselchen zusammen und letztere werden mürbe und morsch, halten aber trotzdem zusammen. Diese Bindekraft des Achorion für die Hornsubstanzen muss aber schon allein bewirken, dass an den Poren der Haut leicht Retentionserscheinungen eintreten.

V. Therapeutisches.

Die vorstehenden klinischen und anatomischen Erörterungen geben mir schliesslich noch Anlass zu einigen therapeutischen Bemerkungen.

Für den, der die Zahl der in Gebrauch befindlichen und gewesenen Antiparasitica durchgeht, mag es den Anschein haben, als wenn wir zur Vernichtung der Pilze einen grossen Ueberfluss an Mitteln besässen. Die früheren balsamischen und ätherischen, die Schwefel-, Theer- und Quecksilbermittel sind mit dem Aufschwung der antiseptischen Chirurgie in den Hintergrund gedrängt worden durch die Antiseptica im engeren Sinne (Carbol-, Salicyl- und Borsäure). Während die letzteren heutzutage die allgemeinste Verwendung finden, ist das äusserst werthvolle Goapulver noch fast ganz in der Hand des Specialisten.

Für die raschere oder langsame, sichere und doch nicht störende und unangenehme Vernichtung von circumscripten Pilzansiedlungen ist damit allerdings den weitgehendsten Bedürfnissen der Privatpraxis Rechnung getragen. Anders steht es aber nach meiner Erfahrung mit den universellen Ausbrüchen von Pityriasis und Herpes tonsurans. In den Krankenhäusern wird man freilich ebenso rasch als sicher mit dem Schmierseifencyklus zum Ziele gelangen. Bis jetzt ist mir jedoch in der Privatpraxis Niemand begegnet, der Zeit und Lust gehabt hätte, sich wegen eines ausgedehnten Herpes tonsurans, geschweige wegen einer Pityriasis, einer solchen Cur zu unterwerfen.

Hier gilt es Mittel zu finden, welche ohne die Haut zu reizen und den Patienten sonst zu belästigen, wie die meisten fetthaltigen Salben, mit vollkommener Sicherheit bei fortgesetztem Gebrauche dem Weiterschreiten der Affection und den Rückfällen vorbeugen.

Unter den von mir in dieser Absicht verwendeten Mitteln hebe ich neben der vortrefflich verwendbaren Borsäure die heutzutage ziemlich in Vergessenheit gerathene Essigsäure nebst ihren Blei- und Thonerdesalzen hervor. Waschungen von mit Spiritus verdünntem Essig, Einreibungen mit purem Essig vor dem Bade haben sich mir sehr dienlich erwiesen. Für manche Zwecke angenehmer sind die genannten Salze. Die von Squire und Wathen empfohlene Salbe aus Liquor plumbi subacetici habe ich in folgendem Verhältniss:

Glycerini pp. 2
Ol. olivarum pp. 3
Liq. plumbi subacetici pp. 4
Adipis suilli pp. 11

nicht sowohl gegen Eczem im Allgemeinen, als gegen die mit starkem Jucken und leichtem, papulösen Eczem verbundenen Pilzeruptionen der Achselhöhle und anderer behaarter Contactflächen äusserst wirksam gefunden. Oft genügt eine abendliche Einreibung, um das Jucken aufzuheben. An unbehaarten Stellen lässt sich diese Salbe, deren schwache Seite ihre geringe Consistenz ist, sehr verbessern durch einen Zusatz von 10—30 Grm. Bolus alba zu 20 Grm. der Salbe. Man kann durch diesen Zusatz jede beliebige Consistenz herstellen. Gewisse Vorzüge hat es, das Fett vollständig fortzulassen und eine Salbe zu verschreiben aus:

Glycerin 10—15 Grm.
Bleiessig 10 Grm.
Bolus 30—40 Grm.

die [1]) sich besonders für den Tag empfiehlt, da sie die Wäsche nicht einfettet, mit reinem Wasser leicht abzuwaschen ist und nach dem Eintrocknen der Bolus sich in Pulverform wieder abreibt.

Die essigsaure Thonerde ist auf längere Dauer zu Umschlägen noch angenehmer als der Bleiessig, und da sie viel zersetzlicher ist und beständig kleine Mengen Essigsäure frei werden, auch wohl wirksamer, wo letztere in Betracht kommt. Man kann z. B. die Nacht über den Körper und die Extremitäten in Compressen einwickeln lassen, die mit verdünntem (1 : 3—6 aq.), bei

[1]) Diese Salbe hat sich mir beim Eczem und manchen anderen Hautaffectionen bewährt, worüber ich a. e. a. O. berichten werde.

Herpes tonsurans selbst mit unverdünntem Liquor aluminae aceticae getränkt sind und darunter selbst eczematöse, durch Kratzen bedingte Eruptionen verschwinden sehen. Am Tage kann man dann an den schlimmsten Stellen obige Salben anwenden oder ein Gemisch von Liquor alum. acet. und Kaliwasserglas (1—2 : 1) aufwischen lassen, welches man ex tempore bereitet, da beide Flüssigkeiten sich augenblicklich gegenseitig zersetzen. Auf die Haut gestrichen erzeugt es ein lang andauerndes Kältegefühl, während sich die kieselsaure Thonerde als feines, weisses Pulver niederschlägt.

Von der überraschenden Wirksamkeit des Goapulvers ausgehend, habe ich wie wohl manche Fachgenossen unsere einheimischen chrysophansäurehaltigen Präparate einer Prüfung unterworfen, wenn auch die Folgezeit gelehrt hat, dass der im Goapulver wirksame Stoff gar nicht die Chrysophansäure selbst ist. Ich zog die officinellen Rhabarberpräparate: Extract. Rhei und Tinctura rhei aquosa, ersteres in Salben (1 : 10), letzteres pur oder mit Glycerin (1 : 1) vermischt in Anwendung. Die Wirkung war für diese leichten Pilzaffectionen befriedigend, während sie bei Psoriasis und Sykosis weit hinter der des Goapulvers zurückblieben. Dafür fallen denn aber auch die bei diesen leichten Erkrankungen besonders unerwünschten Nebenwirkungen des letzteren fort. Nur nach längerem Gebrauche tritt eine leichte Gelbfärbung der Haut ein. Aber in diesen Formen war dem Bedürfnisse eines angenehmen und handlichen, wahrhaft prophylaktisch wirkenden Einflusses auf die gesammte Hautoberfläche noch kein Genüge geschehen und ich kam deshalb von ihnen wieder zurück zu Gunsten einer Rhabarberseife, welche diese Erfordernisse, glaube ich, wirklich befriedigt. Ich liess zuerst einen möglichst chrysophansäurehaltigen, spirituös-alkalischen Auszug aus der Rhabarberwurzel bereiten. Dieser wurde denn je nach seiner Alkalescenz mit einer grösseren oder geringeren Menge Ricinusöl verseift und diese concentrirte, chrysophanhaltige Seife sodann in eine gute neutrale Glycerinseife eingetragen. Die so hergestellte Seife sieht tief dunkelbraun aus und hinterlässt auf der Haut keinen anderen Effect, als dass vom erstmaligem Gebrauche an neue Pilzeruptionen und damit das Jucken aufhören. Die todten Pilzkörper werden freilich auch durch consequentes Waschen mit

Unter den von mir in dieser Absicht verwendeten Mitteln hebe ich neben der vortrefflich verwendbaren Borsäure die heutzutage ziemlich in Vergessenheit gerathene Essigsäure nebst ihren Blei- und Thonerdesalzen hervor. Waschungen von mit Spiritus verdünntem Essig, Einreibungen mit purem Essig vor dem Bade haben sich mir sehr dienlich erwiesen. Für manche Zwecke angenehmer sind die genannten Salze. Die von Squire und Wathen empfohlene Salbe aus Liquor plumbi subacetici habe ich in folgendem Verhältniss:

Glycerini pp. 2
Ol. olivarum pp. 3
Liq. plumbi subacetici pp. 4
Adipis suilli pp. 11

nicht sowohl gegen Eczem im Allgemeinen, als gegen die mit starkem Jucken und leichtem, papulösen Eczem verbundenen Pilzeruptionen der Achselhöhle und anderer behaarter Contactflächen äusserst wirksam gefunden. Oft genügt eine abendliche Einreibung, um das Jucken aufzuheben. An unbehaarten Stellen lässt sich diese Salbe, deren schwache Seite ihre geringe Consistenz ist, sehr verbessern durch einen Zusatz von 10 — 30 Grm. Bolus alba zu 20 Grm. der Salbe. Man kann durch diesen Zusatz jede beliebige Consistenz herstellen. Gewisse Vorzüge hat es, das Fett vollständig fortzulassen und eine Salbe zu verschreiben aus:

Glycerin 10—15 Grm.
Bleiessig 10 Grm.
Bolus 30—40 Grm.

die[1]) sich besonders für den Tag empfiehlt, da sie die Wäsche nicht einfettet, mit reinem Wasser leicht abzuwaschen ist und nach dem Eintrocknen der Bolus sich in Pulverform wieder abreibt.

Die essigsaure Thonerde ist auf längere Dauer zu Umschlägen noch angenehmer als der Bleiessig, und da sie viel zersetzlicher ist und beständig kleine Mengen Essigsäure frei werden, auch wohl wirksamer, wo letztere in Betracht kommt. Man kann z. B. die Nacht über den Körper und die Extremitäten in Compressen einwickeln lassen, die mit verdünntem (1 : 3—6 aq.), bei

---

[1]) Diese Salbe hat sich mir beim Eczem und manchen anderen Hautaffectionen bewährt, worüber ich a. e. a. O. berichten werde.

Herpes tonsurans selbst mit unverdünntem Liquor aluminae aceticae getränkt sind und darunter selbst eczematöse, durch Kratzen bedingte Eruptionen verschwinden sehen. Am Tage kann man dann an den schlimmsten Stellen obige Salben anwenden oder ein Gemisch von Liquor alum. acet. und Kaliwasserglas (1 — 2 : 1) aufwischen lassen, welches man ex tempore bereitet, da beide Flüssigkeiten sich augenblicklich gegenseitig zersetzen. Auf die Haut gestrichen erzeugt es ein lang andauerndes Kältegefühl, während sich die kieselsaure Thonerde als feines, weisses Pulver niederschlägt.

Von der überraschenden Wirksamkeit des Goapulvers ausgehend, habe ich wie wohl manche Fachgenossen unsere einheimischen chrysophansäurehaltigen Präparate einer Prüfung unterworfen, wenn auch die Folgezeit gelehrt hat, dass der im Goapulver wirksame Stoff gar nicht die Chrysophansäure selbst ist. Ich zog die officinellen Rhabarberpräparate: Extract. Rhei und Tinctura rhei aquosa, ersteres in Salben (1 : 10), letzteres pur oder mit Glycerin (1 : 1) vermischt in Anwendung. Die Wirkung war für diese leichten Pilzaffectionen befriedigend, während sie bei Psoriasis und Sykosis weit hinter der des Goapulvers zurückblieben. Dafür fallen denn aber auch die bei diesen leichten Erkrankungen besonders unerwünschten Nebenwirkungen des letzteren fort. Nur nach längerem Gebrauche tritt eine leichte Gelbfärbung der Haut ein. Aber in diesen Formen war dem Bedürfnisse eines angenehmen und handlichen, wahrhaft prophylaktisch wirkenden Einflusses auf die gesammte Hautoberfläche noch kein Genüge geschehen und ich kam deshalb von ihnen wieder zurück zu Gunsten einer Rhabarberseife, welche diese Erfordernisse, glaube ich, wirklich befriedigt. Ich liess zuerst einen möglichst chrysophansäurehaltigen, spirituös - alkalischen Auszug aus der Rhabarberwurzel bereiten. Dieser wurde denn je nach seiner Alkalescenz mit einer grösseren oder geringeren Menge Ricinusöl verseift und diese concentrirte, chrysophanhaltige Seife sodann in eine gute neutrale Glycerinseife eingetragen. Die so hergestellte Seife sieht tief dunkelbraun aus und hinterlässt auf der Haut keinen anderen Effect, als dass vom erstmaligem Gebrauche an neue Pilzeruptionen und damit das Jucken aufhören. Die todten Pilzkörper werden freilich auch durch consequentes Waschen mit

Engländern sogenannte Psoriasis, Ichthyosis, Keratosis, Tylosis linguae — seitdem sehr glücklich von Schwimmer Leukoplakie benannt. In den besonders bei Schwimmer sehr ausführlichen historischen Notizen, bei Besprechung der Differentialdiagnose finden sich nirgend [1]) die flüchtigen gutartigen Plaques erwähnt, über die ich berichten will. Ferner habe ich in den letzten Jahren als Begleiterscheinung und in zweifellosem Causalnexus mit acuten Schüben chronischer Verdauungsstörungen mehrfach ganz ähnliche, aber sehr schmerzhafte Veränderungen des Zugenbelags gesehen. Da ich auch hierüber in der Literatur wenig gefunden habe, so erlaube ich mir heute über das Gesehene zu berichten.

Auf der Tafel (Fig. I), die ich zunächst umhergehen zu lassen bitte, finden Sie eine (durch Herrn Braune ausgeführte) Abbildung der Plaques der oberen wie der unteren Zungenfläche. Sie sehen theils Inseln des Zungenrückens, theils gyrusartige Abschnitte des Randes wie der unteren Fläche von scharf nach beiden Seiten sich abhebendem gelben Rande umgeben. Die eingeschlossenen Partien sind dicht an dem gelben Rande wie körnig anzusehen, durch stärkeres Hervortreten der Papillarspitzen, und intensiver roth; im Centrum an manchen Stellen von dem Aussehen der übrigen Schleimhaut. Ich habe zuzufügen, dass der matt- oder lehmgelbe Rand sich sehr wenig über das Niveau der Umgebung erhob, die umrandeten Partien im Niveau der übrigen Schleimhaut lagen. Dass ferner dieses ganze, sehr markirte Bild ein sehr wechselndes war. Nachdem ich die Zeichnung in Händen hatte, liess ich mir alle Tage den Knaben, von dessen Zunge sie entnommen war, kommen und konnte constatiren, dass das Aussehen fast jeden Tag ein anderes war. Wie in einem Kaleidoskop schoben sich die Gyri und Kreise in- und durcheinander, und da immer der gelbe Saum das Auffälligste blieb, konnte man leicht zu der Vorstellung kommen, dass eine causa vivens diesen schnellen Wanderungen und Wandlungen zu Grunde lag. Die Färbung der auffallendsten Abnormität, der Umrandungen war immer gelb,

---

Langenbeck's Archiv Bd. XX. p. 324. — Schwimmer, die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle etc. Dieses Archiv Jahrgang IV, p. 511 und V, p. 53.

[1]) Eine Hindeutung von Schwimmer soll später erwähnt werden.

einmal schwefelgelb, dann mehr lehmfarben, selten mit einem Stich ins Graue. Eine irgend palpaple Infiltration war nie vorhanden. Ich konnte mich überzeugen, dass Stellen, die gestern noch verändert aussahen, heute normal erschienen; dass die Schleimhaut der Zunge ausserhalb der Plaques meist normal aussah, die eingeschlossenen Stellen fast jedesmal körnig und intensiver roth, als die übrige Schleimhaut. — Wie Sie schon aus der Zeichnung entnehmen werden, war ein Einfluss der Zähne nicht anzunehmen. Schmerz oder irgend welche Functionsbehinderung der Zunge war nicht vorhanden. Dagegen ist der blasse, magere heute sechs Jahre alte Knabe weder sehr gesund, noch stammt er von gesunder Familie. Seine Zunge scheint von früh auf dasselbe Aussehen gezeigt zu haben, wie heute, und man hat von jeher wegen mangelnder Beschwerden kein Gewicht darauf gelegt. Im Alter von drei Monaten hatte der Knabe einen Ausschlag, seitdem nichts davon. (Ein Bruch des rechten Vorderarmes — durch Fall aufs Eis — wurde mit Gypsverbänden behandelt und verlief normal.) Vielfach haben sich Gastro-Intestinalkatarrhe, mit der Dauer von acht Tagen bis drei Wochen eingestellt. Seitdem ich den Knaben kenne — das letzte Jahr hindurch — ist er wohl geblieben, doch isst er nach Angabe der Mutter immer wenig. Eine Anzahl vor ihm geborener Geschwister kamen alle todt zur Welt, ebenso eines nach ihm, später noch zwei lebende Kinder. Während das älteste von diesen gesund erscheint, hatte das jüngste jetzt ein Jahr alte Mädchen seit dem Alter von drei Wochen Ausschlag im Gesicht, der rein örtlich ohne Erfolg behandelt worden war. Als ich sie im Alter von fünf Monaten sah, hatte sie breite Condylome um Mund und Nasenflügel, an der Stirn-Haargrenze; Verdickungen und Trübungen aller Fingernägel, indolente Schwellung beider Cubital-Drüsen. Ueber die Herkunft der Syphilis war nichts zu erfahren, ein locus infectionis bei dem Kinde nicht zu finden, und nach der Anamnese wohl auch nicht zu suchen.

In einem anderen Falle, der zwei kleine Geschwister betraf, war auch Syphilis in der Familie nachweisbar. Der Vater war inficirt gewesen und mercuriell behandelt, und hatte, nachdem er Jahre lang frei geblieben — und er ist es bis heute — vor drei Jahren geheirathet. Bei völliger Gesundheit der Frau hatten sich nun bei beiden seither geborenen Kindern — heute zwei und ein Jahr

alt — vielfach gerade solche Plaques gebildet. Das frappante Bild hatte bei der constatirten früheren Syphilis des Vaters, trotz Fehlen aller sonstigen Zeichen der Lues zu mehrfachen mercuriellen Curen der Kinder geführt. Freilich waren die Plaques mehrfach dabei geschwunden, aber als ich consultirt war, konnte ich leicht die Unabhängigkeit dieses Verschwindens von jeglicher Behandlung, das spontane Kommen und Gehen nachweisen. Anders als in dem ersten Falle war bei diesen beiden gesunden, speciell nie magenleidenden Kindern oft Wochen hindurch keine Abnormität des Zungenaussehens vorhanden. Ich habe einmal die Plaques recht in statu nascente beobachten können. Die durch mich um tägliche Inspection gebetene Mutter hatte am 29. Juli v. J. die Zunge des jüngeren Mädchens noch ganz frei gesehen. Am nächsten Tage bemerkte sie nahe der Zungenspitze einen insularen Fleck von der Grösse eines Grauerbsendurchschnitts, von stark „lehmigem" Rande umgeben. Am 31. Juli zu eigener Beobachtung hinzugerufen, fand ich die Plaque bohnengross, oval, den Rand mattgelb (nach Aussage der Mutter heller geworden), aber deutlich markirt; die eingeschlossenen Partien nur wenig durch Röthung und körniges Aussehen von der sonstigen Schleimhaut differirend, schmerzlos, bei vollkommen gutem Befinden des Kindes. Am 1. August fand ich über Nacht entstanden eine zweite Plaque, randständig, die gestrige viel grösser. Am 2. war der ganze Rand der Zunge, so weit sie bei dem widerwilligen Kinde sichtbar wurde, mit Gyris umgeben. Nach etwa drei Tagen war die Zunge von normalem Aussehen, das Kind war immer vollkommen wohl geblieben. Ich lege Ihnen eine von dem älteren Knaben genommene Abbildung vor, auf der Sie nur eine Plaque finden, die wallnussgross gerade die Zungenspitze einnimmt; das Aussehen der von dem hellgelben Rande eingeschlossenen Schleimhautpartie unterscheidet sich nur wenig von der gesunden — nur dass die jenem Rande zunächstgelegenen Theile etwas röther und körniger sind.

In einem dritten Falle handelte es sich wieder um zwei Geschwister, einen jetzt siebzehnjährigen jungen Mann, und ein Mädchen von acht Jahren. Auf der Abbildung sehen Sie die Zunge des ersteren, des ausgeprägteren Falles. Ich glaube, es war der erste, bei dem mir — vor vielen Jahren — die seltsame Zeich-

nung der Zungenschleimhaut auffiel. Sie sehen von dieser hier nicht mehr viel. Aber Sie finden in anderer Beziehung Auffallendes genug; eine scheinbar zu grosse Zunge, in der die meisten Zähne tiefe Einkerbungen gemacht haben. Ferner tiefe Furchen auf dem Dorsum, deren Grund so roth, so epithellos aussieht, dass nur die stete völlige Schmerzlosigkeit, die von mir constatirte anfängliche Unbewusstheit des Trägers von dem Aussehen seiner Zunge zu der Annahme zwingen, es sei der Papillarkörper nicht blossgelegt. Ich füge hinzu, dass am Rande der Furchen sich vielfach die Papillen zottig verlängert finden. (C. O. Weber [in Pitha-Billroth's Handbuch der allgem. u. spec. Chirurgie Bd. III Abth. I A. S. 319] spricht von angeborenen zottigen, unregelmässig rissigen Zungen, die man zuweilen ohne Spur einer weiteren Erkrankung finde. Genauere, aber für den von uns beobachteten Fall nicht zutreffende Angaben macht A. Vogel [im Handbuche der spec. Path. u. Ther. von Ziemssen, Bd. VII. 1. Hälfte S. 25]: Bei einzelnen Menschen sei die Zunge mit diesen Furchen versehen, welche gewöhnlich die Längs-, selten die schräge oder quere Richtung verfolgen. Bei hervorgestreckter Zunge lasse sich diese gerunzelte Schleimhaut entfalten und ebnen, und man sehe im Grunde der Falten auffallend lange und dicke, aber etwas weiter von einander gerückte Zotten. Mit irgend einer örtlichen oder allgemeinen Erkrankung stehe diese Veränderung nicht in Beziehung. Manchmal schien es, als wäre die Zunge für den inneren Raum des Unterkiefers einfach zu breit, als wäre ein Missverhältniss zwischen dem Wachsthum der Zunge und dem des Kiefers eingetreten. Meistens aber sei sie eine Theilerscheinung der allgemeinen Abmagerung. Hiefür spreche auch, dass man sie im jugendlichen Alter niemals sehe, und nach einer von dem Autor öfter gemachten Beobachtung die gerunzelte Zunge bei eintretender Fettleibigkeit gänzlich verschwinde.) In meinem Falle, den ich seit vielen Jahren kenne, waren früher gerade solche flüchtige, gelbumrandete Plaques fast stets, so oft ich nachsah, vorhanden, wie in dem ersten Falle. Allmälig wurden sie weniger markirt; statt ganzer Plaques fanden sich nur gelbe Streifen, aber dergleichen fehlen bis heute nie, sind in ganz verschiedener Form, Länge, an ganz verschiedenen Stellen sichtbar; immer neben gerötheten, körnigen Partien. Auch auf der Abbil-

dung werden Sie solche Streifen sehen. Von Syphilis ist nach der mir völlig glaubwürdigen Anamnese und nach meinen vieljährigen Beobachtungen an den zahlreichen Mitgliedern der Familie nie eine Spur gewesen. Die beiden Kinder mit der in Rede stehenden Zungenzeichnung haben nie an Magenbeschwerden gelitten.

Ein anderer Fall ist mir an einem neunzehn Jahre alten Mädchen in den letzten Wochen zu Gesicht gekommen. Das kräftige gesunde Mädchen weiss seit sieben Jahren, seit überstandener Variola, von dem abnormen Aussehen ihrer Zunge. Sie legt dem gar kein Gewicht bei, da sie sich ganz gesund fühlt, keine Magen- noch sonstigen Beschwerden hat; nur machen ihr sehr gesalzene und sehr saure Speisen etwas schmerzhafte Empfindungen. Das Aussehen der Zunge — (die vorliegende Abbildung Fig. II) ist an einem Tage gemacht, als weniger denn gewöhnlich zu sehen war — ist ganz ähnlich dem von Fall 1. Dieselben, theils insulären, theils randständigen, Kreise oder Kreisabschnitte darstellenden gelben Epithelerhebungen, von denen körnige, geröthete Abschnitte der Schleimhaut eingeschlossen sind. Dieselbe Wandelbarkeit der Figuren, dieselbe schnelle restitutio in integrum.

Ich beschränke mich auf die Mittheilung der obigen Fälle, die alle bis heute in meiner Beobachtung sind, und unterlasse es, einige andere, die mir aus den Augen gekommen sind, anzuführen. Die obigen Angaben und die Zeichnungen werden zum Beweise genügen, dass hier andere Zustände zu Grunde liegen und andere Bilder entstehen, als das landkartenförmige Aussehen, das man oft in der Reconvalescenz von Katarrhen der Mundhöhle und des Magens beobachtet.

Ich habe von vorneherein angeführt, dass ich den von mir lange gekannten und als durchaus gutartig erkannten Plaques keine Bedeutung beilegte, bis ich in mehrfachen Irrthümern anderer Collegen die Aufforderung sah, meine Beobachtungen mitzutheilen. Zunächst galt es natürlich, in der Literatur nachzusehen, ob genügende Beschreibungen vorlagen, auf die ich nur aufmerksam zu machen hätte. Hier habe ich einmal eine Stelle von Schwimmer[1]) zu citiren, der öfter hyperämische Flecke als Vorläufer der Leukoplakie gesehen hat: Diese rothen, dem exsudativen Erythem der

---

[1]) l. c. Jahrg. V. p. 55.

allgemeinen Decke analogen Veränderungen bilden zumeist das erste Stadium der Erkrankung. Das Epithel ist an diesen Stellen verschiedenartig verändert, mitunter durch eine gleichmässige Hyperämie ausgezeichnet und dann erscheinen die Flecke glatt, oft ist jedoch eine ungleichmässige Schwellung in den erkrankten Zungenpapillen vorhanden, und die Flecke bilden eine unebene Fläche, aus denen die kolbigen Papillen gleich kleinen hervorragenden Punkten aus ihrer Unterlage sich erheben. Diese umschriebenen rothen Flecke sind zumeist ganz schmerzlos und veranlassen, so lange das Epithel intact ist, keinerlei Beschwerde bei den verschiedenen Thätigkeiten der Organe der Mundhöhle; mitunter findet man auch solche erythematöse Veränderungen an der Zungenoberfläche, die keine Neigung zu weiteren Umwandlungen zeigen und viele Jahre hindurch sich ganz unverändert erhalten. Derartige persistente Fleckbildungen kommen wohl als idiopathische Erkrankungen, seltener als syphilitische Veränderungen vor. (Folgt die Beschreibung von mehreren isolirten, je bohnengrossen, stationären Plaques, die nach Glossitis zurückgeblieben waren, die tiefdunkelroth gefärbt waren, von der normalen angrenzenden Schleimhaut scharf abgegrenzt, himbeerähnlich durch Epithelverdickung der stecknadelkopfgross emporragenden Papillen.) — Ausserdem habe ich noch einzige kurze Notiz, dem Sinne nach identisch, in zwei Publicationen desselben Autors gefunden. A. Vogel (l. c. S. 26) sagt Folgendes: Endlich bildet bei manchen Menschen zeitlebens oder wenigstens Jahre hindurch der Zungenbelag einzelne, umschriebene, weissliche Inseln, Kreise und andere gewundene Linien, die sogenannte Pityriasis linguae, welche lediglich durch eine stärkere Auflage von Epithel bedingt ist. Wenn auch für manche Fälle eine scharfe cariöse Zahnkante als örtlicher Reiz nachgewiesen werden kann, so ist doch für die meisten weder eine örtliche noch eine allgemeine Ursache aufzufinden. (Ganz ähnlich lautet die Auslassung desselben Autors in seinem Lehrbuch der Kinderkrankheiten, Erlangen 1860 S. 101.) Nach diesen Notizen konnte ich einmal meine Mittheilung nicht für überflüssig halten; ferner darf ich annehmen, dass mancher der Herren Collegen von dieser Pityriasis linguae anderswo gelesen hat, und vielleicht mich gütigst aufmerksam macht, wo ich nachlesen kann. Ich habe sonst weder in den Büchern über Syphilis, auch nicht in Monographien

über luetische Erkrankungen der Zunge (s. Fournier, des Glossites tertiaires. Paris 1877), noch in den mir zugänglichen Schriften über Kinderheilkunde, oder in weiteren Lehrbüchern der Pathologie auch nur Hinweise gefunden auf die Bilder, wie ich sie so oft gesehen habe.

Was nun die Pathologie des Krankheitszustandes — denn als solchen, und nicht als blossen Anomalie muss ich die flüchtigen, gutartigen Plaques auffassen — anlangt, so habe ich zunächst darauf hinzuweisen, dass sich die Plaques meist aus zwei Theilen zusammensetzen: aus dem fast immer körnigen, gerötheten Grunde und dem gelben Rande. Der letztere ist soviel auffallender, erscheint soviel abnormer, dass man zunächst zu der Ansicht kommen kann, in ihm liege das Charakteristische der Veränderung. Ich bin überzeugt, dass dem nicht so ist. Freilich ist dieser lehm- bis schwefelgelbe Rand beim erneuten Anblick immer wieder überraschend, und seine Differenz von der Farbe der übrigen Zungenschleimhaut gewöhnlich leicht genug zu constatiren. Dass die Färbung manchmal weniger intensiv ist und der normalen sich nähert, würde noch nicht genügend dagegen sprechen, dass in den circulären und gyrösen Umrandungen das Wesentliche des Krankheitsprocesses sich abspiele. Es würde mich auch der negative mikroskopische Befund noch nicht überzeugen. Ich habe vielfach den gelben Rand abgeschabt, einige Male auch Stückchen davon bis auf das Corium excidirt, aber selbst bei 1200facher Vergrösserung nie Anderes gefunden, als bei der Untersuchung des normalen Zungenbelags: Epithelien, Pilzmassen, Papillenkuppen. Aber ich glaube mich überzeugt zu haben, dass der durch seine Färbung auffallende Rand nur eine begleitende Erscheinung, nicht die wesentliche ist. Ich habe — besonders in dem letztbeschriebenen Falle des 19jährigen Mädchens — oft genug ganz umschriebene, durch ihre Röthung sich abhebende Papillarerhebungen gesehen, die durch gar keinen markirten Epithelwall umschlossen waren. Dagegen habe ich kaum jemals den gelben Rand anders gesehen, als neben sich roth abhebenden und (soweit sie nicht unterhalb des Zungenrandes lagen) körnigen Stellen. Woher die aparte Gelbfärbung stammt, ist mir unbekannt.

Dass der Process nicht eine Abhebung des ganzen Epithelstratums herbeiführt, das lehrt die Schmerzlosigkeit und die

schnelle Restitution. Ich möchte glauben, dass Hyperämisirung und Papillarschwellung, vielleicht auch (nach dem Anblick zu urtheilen) Losstossung der oberflächlichen Zellenlagen an umschriebenen Stellen den — immer wieder sich erneuernden — Anfang machen zu jeder Kreis- und Gyrusbildung. Einmal (in Fall 2) schien es mir, als könnten gerade umschriebene Epithelanhäufungen das Primäre sein, dem centrale Losstossung und periphere Ausbreitung der Plaques ähnlich wie bei Psoriasis, Herpes tonsurans u. s. f. folgten. Aber ich habe Aehnliches nicht mehr zu Gesichte bekommen. Worin nun das Wesen des Processes liegt, welche Theile die erkrankten sind, ob die Papillen, das Epithel selbst, darüber enthalte ich mich jeder Vermuthung.

Ich komme zur Aetiologie. Ich glaube bestimmt behaupten zu können, dass die von mir beschriebenen Plaques mit Syphilis nichts zu thun haben. Dass in einzelnen Fällen Syphilis in der Familie nachweisbar war, beweist nichts dagegen. Selbst gleichzeitige Syphilis würde voraussichtlich nicht — wenigstens nicht auf die Dauer — irreführen. Das — nicht immer erfüllbare — Postulat, dass man das einzelne Symptom in seiner Wesenheit erkenne und damit seine Abhängigkeit oder Unabhängigkeit von sonst vorhandenem Krankheitszeichen, dürfte sich, gerade wie bei Psoriasis, bei Eczemen Syphilitischer auch für die gutartigen flüchtigen Plaques der Zungenschleimhaut erfüllen lassen. Durch nichts gestützt wäre ferner die Vermuthung, dass etwa ein Vorstadium oder eine Prädisponirung für die in vielen Fällen ätiologisch unklare Leukoplakie vorläge. Aber ich möchte auf die Möglichkeit einer Ursache hinweisen, die auch für einige Fälle der Leukoplakie von Schwimmer zur Erklärung herangezogen ist. Ich habe angeführt, dass in dem ersten der von mir beschriebenen Fälle häufige Magenverstimmungen vorkamen, die dann aufhörten, während das Zungenleiden fortdauerte. Nun habe ich in den letzten Jahren an zwei Frauen, deren eine an chronischem Magenkatarrh, die andere an Darmgeschwüren litt, vielfach zur Zeit der Verschlimmerungen ganz ähnliche Bildungen gesehen, wie in all den obigen Fällen. Ich möchte den erstgenannten Krankheitszustand, den ich sehr genau habe verfolgen können, etwas ausführlicher mittheilen. Bei der sonst gesunden Dame war nach hastigem Genuss einer schwer verdaulichen Speise ein acuter Magenkatarrh

entstanden, der schnell beseitigt war, aber die Disposition zu Recidiven zurückliess. Sehr bald waren die bekannten Beschwerden des Magenkatarrhs, Pyrosis, Magenschmerzen, Appetitlosigkeit u. s. w. der Patientin weniger lästig, als die jedesmal als erstes Zeichen des Recidives auftretende Schmerzhaftigkeit der Zungenspitze und der Zungenränder. Der Befund an diesen Stellen entsprach vollständig dem der von mir beschriebenen Falle: dieselben gerötheten, mit hervortretenden Papillen besetzten Plaques, umgeben von intensiv gelbem Rande, dieselbe periphere Ausbreitung; die Lage theils am Rande, noch übergreifend auf den vorderen Theil der unteren Zungenfläche, theils oberhalb des Randes. Die Form kreis- oder bogenförmig. Dieselbe Wandelbarkeit, dieselbe schnelle restitutio in integrum. Sehr verschieden war nur die grosse Schmerzhaftigkeit während des Bestehens bei jeder Berührung, also vor Allem beim Essen. Nachdem die Kranke im letzten Sommer eine Cur in Carlsbad gebraucht hat, ist das Magenleiden geschwunden, aber das Zungenleiden — nunmehr ohne nachweisbare Veranlassung — das alte geblieben. Nur selten wird die Zunge ganz normal und damit schmerzfrei; fast immer sind einige Plaques, die ganz wie früher aussehen, vorhanden. Ob in meinen anderen Fällen auch ein Zusammenhang mit Magenleiden, vielleicht so wenig intensiver Art, dass die Betroffenen durch keinerlei Beschwerden aufmerksam gemacht werden, besteht, wage ich nicht zu behaupten. Schmerzen haben sie alle nicht von dem Zungenleiden gehabt, nur die letztbeschriebene Kranke hatte von sehr sauren und versalzenen Speisen unangenehme Empfindungen. Ich darf hier wohl erwähnen, dass ich über ein Zungenleiden, wie es die magenkranke Dame aufwies, in der Literatur ausserordentlich wenig gefunden habe. Einmal eine kurze Notiz von C. O. Weber (l. c. S. 326). Zuweilen kommen auch wie im Darm an der Zunge katarrhalische Geschwüre bei acuter und chronischer katarrhalischer Mundentzündung vor, welche durch ihre flache unregelmässige Form sich auszeichnen und meistens leicht heilen. Auch kleinen, ganz runden, wie ausgemeisselten Geschwüren der Art begegnet man, besonders an den Rändern und unter der Zunge in der Nähe des Frenulum; sie scheinen aus einer Exulceration kleiner Schleimcysten hervorzugehen, haben einen gelben Grund und sind ausserordentlich empfindlich, heilen aber schon nach

wenigen Tagen ohne weitere Behandlung. — Ferner die Angaben unseres Herrn Collegen Möller (Deutsche Klinik 1851. Nr. 26) und der von ihm citirten Autoren. Die von demselben gemachten Angaben sind von einigen späteren Schriftstellern [1]) wohl benützt, von keinem meines Wissens erweitert worden; meist sogar nicht erwähnt. Herr Möller beschreibt nach Beobachtung an 6 Frauen mittleren Alters „chronische Excoriationen“ in Gestalt von unregelmässigen, meist scharf umschriebenen hochrothen Flecken, auf denen sichtlich das Epithelium abgestossen oder wenigstens sehr verdünnt ist und die Papillen hyperämisch und angeschwollen erscheinen, daher etwas über das Niveau der benachbarten gesunden hervorragen. Niemals zeigt sich auf ihnen ein krankhaftes Secret, niemals entwickelt sich tiefere Verschwärung daraus, selbst zur Ausbreitung nach der Fläche zeigen sie nur geringe Neigung, bestehen dagegen in der einmal erlangten Grösse und Form sehr hartnäckig fort. Sie zeigen sich vorzüglich auf den Rändern und der Spitze der Zunge; öfters sind gleichzeitig ähnliche Flecken auf der unteren Fläche der Zunge und an der inneren der Lippen vorhanden. Diese Excoriationen verursachen ein sehr lästiges Brennen, welches den daran Leidenden bei übrigens guter Esslust den Genuss aller Speisen, selbst der mildesten verleidet. Fünf von den Kranken litten erweislich an Bandwurm.

In meinen beiden Fällen war Bandwurm nicht vorhanden; in dem Falle von Darmgeschwür hatte eine energische Cur mit Extractum Filicis keinen Erfolg, wohl aber Carlsbad. Die Flecke waren in Form und Grösse sehr variabel, der gelbe Rand meist sehr markirt, und bei der Inspection das zunächst Auffallende.

Die Diagnose durfte gewöhnlich leicht sein. Eine Verwechslung der traumatisch besonders durch Zahnkanten hervorgerufenen Zungenleiden mit diesen umschriebenen, umrandeten Plaques ist nicht wahrscheinlich und bei der Beobachtung von deren Wandelbarkeit unmöglich. Die syphilitischen Plaques, von gummösen Knoten ganz abgesehen, haben doch immer einige Infiltration zur Grundlage, ausser vielleicht bei ihrem Schwinden; sie bieten ein gleichmässig opalines Aussehen, nicht diese Differenz von Rand

---

[1]) C. O. Weber l. c. p. 319. — Henoch in Canstatt's spec. Pathologie und Therapie. 3. Auflage 1856. Bd. III. p. 215. — Schwimmer l. c. Jahrg. IV. p. 529.

und Grund, und sind gewiss nie so wechselnd in Form und Grösse. Die Leukoplakie (von Schwimmer meist Psoriasis linguae benannt) ist in ihrer entwickelten Form gewiss nicht zu verwechseln. Schon ihre gleichmässige glänzende Weisse genügt zur Unterscheidung, die Constanz der Erkrankung an den einmal betroffenen Stellen, die Begrenzung des Leidens durch die Ränder, d. h. jener Stellen der Zunge, wo sich noch Papillen vorfinden. Auch die dunkelrothen Flecke im erythematösen Vorstadium der Leukoplakie sind nicht wandelbar und scheinen nur wenige Monate bis zum Eintritt der weisslichen Verfärbung ihre Farbe zu behalten (Schwimmer l. c. S. 56.)

Endlich den Namen. Ich weiss keinen vernünftigen vorzuschlagen, einmal weil ich die Genesis nicht genügend kenne; und dann, weil ich keine kurze Bezeichnung weiss, die ähnlich wie Leukoplakie das differente Aussehen beschriebe. Immer wieder sich bildende, gutartige, flüchtige Plaques der Zungenschleimhaut, zumal an der Spitze und den Rändern, in Folge umschriebenen, oberflächlichen Katarrhs auftretend — das ist eine ganze Beschreibung und kein Krankheitsname. Die Bezeichnung: Pityriasis linguae kann ich nicht empfehlen. Einmal ist es immer misslich, den Namen von Hautkrankheiten für die Schleimhautleiden zu adoptiren, ausser etwa bei gleichzeitigem Vorkommen, wie bei Variola. Schon der anatomische Bau von Haut und Schleimhaut bedingt Verschiedenheit in der Form, die trotz aller Systeme heute noch zur Namensgebung selten entbehrlich ist. Den eigentlichen Process, der zu dieser oder jener Efflorescenz Veranlassung gibt, kennen wir heute meist so wenig, wie die Differenzen des mikroskopischen Baues. Vor Allem ist aber bei Pityriasis — mag man sie nun für identisch mit Seborrhoea sicca halten oder nicht — der Process weder circumscript — noch flüchtig.

Von einer Therapie weiss ich leider nichts zu sagen; was ich versucht habe, hat nicht genützt. Ich hoffe Ihnen nächstens eine Mittheilung über einen Fall von chronischer Aphthenbildung in der Mundhöhle machen zu können, und behalte mir vor, Ihnen dann von den vielen vergeblichen Versuchen zu berichten, die ich hier wie dort mit allen möglichen äusseren und inneren Mitteln gemacht habe.

Ueber die Coïncidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarkes.[1])

Von Dr. **Adolf Jarisch,**

Assistenten an der Klinik für Dermatologie in Wien.

(Aus dem Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie in Wien.)

(Hierzu die Taf. IV, V, VI u. VII.)

Die Arbeiten Hebra's auf dem Gebiete der Dermatologie wirkten zur Zeit der Vierzigerjahre geradezu erlösend aus den diese Disciplin damals beherrschenden Vorurtheilen und Irrthümern.

Indem Hebra die pathologische Anatomie zur Grundlage seines Systemes der Hautkrankheiten gemacht hat, schuf er eine feste Basis, auf der bald eine neue Lehre erblühen konnte.

Aber trotz des bedeutenden Aufschwunges, welchen die Dermatologie alsbald genommen, drängte sich angesichts der Fortschritte der Medicin und des Besonderen der Nervenpathologie die Meinung auf, dass die Auffassung der Dermatonosen vom rein pathologisch-anatomischen Standpunkte unzureichend sei.

Wir haben zwar durch Hebra die Hautkrankheiten als Individuen kennen und ordnen gelernt, ihre Beziehungen zum Gesammtorganismus sind aber trotz der zahlreichen und fleissigen Arbeiten von Hebra's Schülern auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie nicht aufgedeckt worden.

Viele der gewöhnlichsten Affectionen der Haut sind uns daher sowohl in ihrem Wesen, wie in ihren ursächlichen Verhältnissen unverständlich geblieben, trotzdem die klinische Beobachtung eine Fülle von Thatsachen zu Tage gefördert hat, welche geeignet erscheinen, ein solches Verständniss anzubahnen.

---

[1]) LXXXI. Band der Sitzgsber. der k. Akad. d. Wissensch. III. Abth. Mai-Heft, Jahrg. 1880.

Ja selbst für die Erklärung der so augenfälligen und von Hebra so eindringlich betonten Eigenthümlichkeit der bestimmten Localisation bestimmter Hautkrankheiten und der bestimmten Vertheilung der einzelnen Efflorescenzen wurde kein einheitlicher Gesichtspunkt gewonnen.

Andererseits mussten die Fortschritte der Nervenpathologie gerade mit Rücksicht auf diese Eigenthümlichkeit neuerdings den Gedanken wachrufen, dass viele Erkrankungen der Haut vielleicht nur Symptome innerer Processe oder Projectionen krankhafter Vorgänge im Centralnervensysteme darstellten.

Diese Vermuthung war eine um so berechtigtere, als ja durch eine Reihe deutscher, wie französischer Forscher (Bärensprung, Eulenburg, Chvostek, Balmer, Mougeot, Charcot u. A.) der Zusammenhang von Erkrankungen der Haut mit krankhaften Vorgängen im Nervensysteme ausser Zweifel gestellt wurde.

Von dieser Betrachtung ausgehend, nahm ich die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes einer Kranken vor, welche auf der Klinik für Hautkranke unter der Diagnose Herpes Iris geführt wurde und nach dem Auftreten von Decubitus acutus über dem Kreuzbeine und von Lungenentzündung gestorben war.

Die Krankengeschichte derselben wurde in folgender Weise notirt:

Kraus Katharina, 61 Jahre alt, verheirathet, gibt bei ihrer am 27. October 1879 erfolgten Aufnahme an, dass sie in ihrer Jugend stets gesund war. Im Jahre 1863 erlitt sie einen Abortus in Folge einer nicht zu eruirenden Ursache.

Mit dem Jahre 1874 sollen im Gesichte und an den Armen zerstreut „Blasen" aufgetreten sein, welche wieder spontan schwanden; die Kranke datirt jedoch seit jener Zeit eine gewisse Kränklichkeit, welche sich auch öfters in der Bildung rother Flecke an der Haut der Arme und des Gesichtes äusserte.

Im Jahre 1877 trat eine Lungenentzündung ein, welche sich angeblich mit Halsschmerzen und Diarrhöe combinirte; dieselbe endete jedoch nach mehreren Wochen mit ziemlich vollständiger Genesung.

Seit mehreren Monaten leidet die Kranke an Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und einem juckenden Ausschlage an beiden Handrücken und den Ellbogen. Vor acht Tagen traten Fieberbewegungen ein, die Patientin wurde bettlägerig und das Hautleiden an den Händen ver-

schlimmerte sich; da sich überdies in acuter Weise auch an anderen Körperstellen ein Ausschlag entwickelte, begab sich die Patientin in das Krankenhaus.

Status praesens:

Die mässig genährte Kranke zeigt die Haut der oberen Körperhälfte in einer Ausdehnung, wie sie in Fig. 1 und Fig. 2 ersichtlich ist, in intensiver Weise erkrankt.

Die Affection begrenzt sich in scharfer Weise am Rücken in der Höhe des zehnten Brustwirbels.

Die gesunde Haut erstreckt sich daselbst in der Medianlinie in Form eines Dreieckes, dessen Spitze dem Dornfortsatze des zehnten Brustwirbels entsprechend gelagert ist, dessen bogenförmig geschwungene Seitenlinien dem Rippenbogen entlang verlaufen und in der Ebene des Nabels nach vorne ziehen, in die erkrankte Partie hinein.

Die Haut des Gesichtes und behaarten Kopfes erscheint geröthet, mächtig geschwellt, meistentheils mit Krusten oder mit, in Gruppen oder isolirt stehenden, blasigen Proruptionen, deren Basis dunkel blauroth erscheint, besetzt.

An der durchwegs entzündlich gerötheten Haut beider Vorder- und Oberarme finden sich theils eine grosse Zahl zumeist gruppirt stehender, hanfkorngrosser Knötchen oder Bläschen, theils haselnussgrosse Blasen oder Epidermidalelevationen in der Ausdehnung von über Thalergrösse der entzündeten Haut lose aufliegend.

An der vorderen wie hinteren Fläche des Thorax ist die Oberhaut stellenweise in der Ausdehnung bis über Flachhandgrösse vollends abgängig, oder liegt an anderen Stellen als loses Häutchen ihrer Unterlage auf; überdies finden sich im ganzen Bereiche der Erkrankung dicht gesäete, oberflächlich gelagerte, von einem lebhaft rothen Entzündungshofe umgebene, hirsekorngrosse Pustelchen. Die Haut der unteren Fläche beider Brustdrüsen, sowie der benachbarten Partien des Thorax ist in der Ausdehnung einer Flachhand vollends intact. Am Bauche sind Gruppen dunkelblaurother, etwas schuppender Knötchen vorhanden; eben solche, jedoch vereinzelt stehend, finden sich über dem linken Knie.

Die Epidermis beider Fusssohlen ist in deren ganzem Umfange in Form einer Blase durch ein hämorrhagisches Exsudat abgehoben.

Die Schleimhaut der Zunge ist getrocknet, die übrige Mundschleimhaut geschwellt, geröthet, stellenweise excoriirt. Am weichen

Gaumen erscheinen scharf begrenzte, excoriirte, gelblichrothe Flecken. Die Kranke fiebert heftig und zeigt eine Temperatur von 40·0° C.; sie ist sehr schwach und hinfällig. Die Untersuchung der inneren Organe constatirte, ausser einer ziemlich beträchtlichen Milzschwellung keine abnormen Verhältnisse.

Der Urin enthielt geringe Mengen Eiweiss, war aber von anderen abnormen Bestandtheilen frei; die Urate waren beträchtlich vermehrt.

Motilität und Sensibilität wiesen keine auffälligen Veränderungen auf; doch muss erwähnt werden, dass der bisher üblichen Untersuchungsmethode der Hautkrankheiten gemäss, eine eingehende Prüfung derselben nicht vorgenommen wurde; keinesfalls lagen aber irgend welche, der Kranken bewusst gewordene, schwere Störungen vor.

Ueber die Reflexerregbarkeit von der Haut oder den Sehnen aus, wurden ebenfalls keine Aufzeichnungen gemacht.

Wenngleich das geschilderte Krankheitsbild keiner der uns geläufigen Hautkrankheiten ganz entsprach, so hatte es doch in vielen Beziehungen grosse Aehnlichkeit mit der als Herpes Iris bezeichneten Krankheitsform und unter dieser Diagnose wurde auch die Kranke geführt.

Während der ersten Tage des Spitalaufenthaltes der Patientin bildeten sich die Krankheitserscheinungen an der Haut, unter atypischen Temperaturschwankungen von 38·5 bis 40·2° C. theilweise zurück. Am 31. October waren die ursprünglich entzündeten Partien zum guten Theile abgeblasst, die früher mit Bläschen besetzten Stellen wiesen Krusten auf. An den Händen und Vorderarmen haben die ursprünglichen Knötchen eine livide, rothbraune Färbung angenommen und präsentiren sich nun als ziemlich derbe, nur höchst selten mit einem Bläschen besetzte Prominenzen. Im weiteren Verlaufe hatte sich das Allgemeinbefinden der Kranken insoferne gebessert, als in den Morgenstunden normale Temperaturen vorhanden waren, in den Abendstunden aber nur die Höhe von 38·5° C. erreicht wurde.

Am 5. November zeigte sich die Haut der Brust und des Rückens entsprechend der früheren Erkrankung bräunlich pigmentirt und dadurch von der gesunden Haut scharf abgegrenzt und gross lamellös abschuppend. Nur an beiden Brustdrüsen hafteten noch unregelmässig begrenzte Krusten, in deren Peripherie auf lebhaft rothem Grunde neue Bläschen auftauchten. In derselben Weise fanden sich an den Vorder- und Oberarmen, an den ursprünglichen, nunmehr

mit Krusten besetzten Krankheitsherden, neue Bläscheneruptionen, während an beiden Schultern und den oberen Dritttheilen der Oberarme die Krusten sich abzulösen begannen und eine junge, zarte Epidermis zum Vorschein kam.

Am Rücken ist die Haut, mit Ausnahme eines handbreiten nässenden Streifens auf jeder Seite, welcher parallel zur Wirbelsäule nach abwärts zieht und von dem der anderen Seite durch einen bei 4 Ctm. breiten, median gelagerten Streifen, etwas pigmentirter und leicht schülfernder Haut getrennt ist, mit Ausnahme einer geringen Hyperämisirung und Schuppung zum Normale zurückgekehrt.

An beiden Fusssohlen tauchen, nachdem die durch das Exsudat abgehobenen Oberhautlamellen abgetragen wurden, allenthalben Inseln von neu gebildeter Epidermis, auf rother, nässender Basis auf.

Am 6. November kam es zur Bildung eines rasch um sich greifenden Decubitus über dem Kreuzbeine, dem sich am nächsten Tage ein eben solcher an der Aussenseite beider Fersen zugesellte; die Kranke wurde demzufolge in das Hebra'sche Wasserbett gebracht.

Am 7. November trat heftige Athemnoth und der Auswurf rostbrauner Sputa ein; die physikalische Untersuchung der Lunge ergab rechts vorne oben tympanitischen Schall, rückwärts rechts oben Dämpfung und bronchiales Athmen. Temperaturmessungen konnten nicht vorgenommen werden, da die Kranke im continuirlichen Bade belassen wurde. Während die Affection der Lunge stationär blieb, bildete sich am 11. November an der inneren Fläche des linken Unterschenkels ein über faustgrosser Abscess, welcher geöffnet wurde und gelblich grünen, dicken Eiter enthielt.

Nach achttägigem Verweilen der Kranken im continuirlichen Bade löste sich der bei flachhandgrosse und mehrere Centimeter dicke Brandschorf über dem Kreuzbeine und der bei thalergrosse an beiden Fersen.

Am 17. November war die Haut im Bereiche der vorausgegangenen Erkrankung mit Ausnahme nur vereinzelter, kreuzergrosser Stellen am Rücken, den Brustwarzen und den Handrücken, welche noch nicht überhäutet waren, normal geworden; die vorausgegangene Affection verrieth sich nur durch eine gelblichbraune Tingirung der bezeichneten Körperregion, doch nahm die Kranke in ihrem Ernährungszustande rasch ab. Die Infiltration der Lunge kam nicht zur

Lösung, es wurden vielmehr ab und zu rostbraune und blutig gestriemte Sputa ausgeworfen.

In den letzten Tagen des November traten unstillbares Erbrechen galliger Massen und wiederholt Schüttelfröste ein; unter Zunahme der Collapserscheinungen erfolgte am 1. December 1879 der Tod.

Die durch Herrn Dr. Chiari vorgenommene Obduction ergab folgenden Sectionsbefund:

Körper mittelgross, schlecht genährt. Weiche Schädeldecken blass, Schädeldach kurz, oval, compact. Im Sichelblutleiter wenig geronnenes Blut, die inneren Meningen etwas ödematös. Das Gehirn blass, ödematös, zähe, die Windungen verschmälert. Die Ventrikel leicht erweitert, in ihnen vermehrtes, klares Serum; die Arterien an der Basis des Gehirns zartwandig.

In der Luftröhre wenig Schleim, die Schilddrüse mässig vergrössert, colloidhaltig. Beide Lungen im hinteren Umfange angewachsen, ihr Parenchym stark gedunsen, groblückig, ödematös, in beiden Oberlappen und im Mittellappen der rechten Lunge zerstreut einzelne bis wallnussgrosse, roth hepatisirte Partien.

Im Herzbeutel bei 40 Grm. klaren Serums, das Herz vergrössert, auf Rechnung des in seinen Wandungen hypertrophirten rechten Ventrikels. Klappenapparat normal.

Die Leber von gewöhnlicher Grösse, der untere Rand des rechten Lappens zungenförmig bis nahe an den Darmbeinkamm herabreichend; die Leber sonst auf dem Durchschnitte blassgelbbraun, in ihrer Blase hellgelbe Galle.

Die Milz 17 Ctm. lang, 8 Ctm. breit, 4 Ctm. dick, braunroth, mässig weich. Beide Nieren kleiner, dichter, ihre Corticales verschmälert, auf der Oberfläche fein granulirt, an einzelnen Stellen mit bis linsengrossen grubigen Absumptionen versehen. Die Kapsel hie und da fester adhärent. Magen und Darm mässig ausgedehnt, in der Blase wenig klaren Harnes.

Sectionsresultat: Morbus Brightii 3. Stadium, Lobularpneumonie.

Untersuchung des Rückenmarkes.

A. Makroskopischer Befund.

Im frischen Zustande konnte ich mit freiem Auge weder auf der Oberfläche, noch auf dem Querschnitte des Rückenmarkes

etwas Abnormes wahrnehmen. Daran dürfte aber Mangel an Uebung Schuld gewesen sein, denn die genauere Inspection des in $^1/_{10}$ percentiger Chromsäurelösung und Alkohol gehärteten Rückenmarkes liess wesentliche Veränderungen der grauen Achse erkennen. Die centralen und hinteren Partien beider Vorderhörner erschienen stellenweise theils gelockert, theils ausgefallen.

Dem entsprechend wiesen auch die aus diesen Regionen angefertigten dünnen Scheiben symmetrisch gelagerte Lücken auf.

Wirkliche Lücken waren aber nur an einzelnen Scheibchen zu sehen. An anderen wurde man den Lücken entsprechender Herde gewahr, welche sich ohne jede weitere Präparation, durch ihr lockeres Gefüge verriethen. Sehr deutlich traten sie jedoch an Präparaten, welche in Carmin gefärbt waren in Erscheinung, indem sie sich durch intensiv rothe Tingirung von der übrigen grauen Substanz abhoben.

Das in Fig. 3 abgebildete Präparat (19[e] meiner Sammlung) zeigt zwei solcher Herde, den rechten noch wohl erhalten, den linken ziemlich symmetrisch gelagerten doch viel weiter nach vorne reichenden, schon stellenweise ausgefallen. Die Commissur weist eine tiefe Einbuchtung gegen das rechte Vorderhorn auf, welche sich in den vorderen Theil des Letzteren fortsetzt und deren Ränder ebenfalls an dem in Carmin gefärbten Präparate ein intensives Roth aufweisen.

Figur 4 repräsentirt die Abbildung eines Präparates (28[a] meiner Sammlung) aus der untersten Grenze des Krankheitsherdes.

Makroskopisch erscheinen in demselben die centralen seitlichen Partien der beiden Vorderhörner nicht verändert, doch weist die Commissur einen bis zum Centralkanal reichenden Herd auf, welcher nach den Seiten hin derart ausgedehnt ist, dass er die ganze Breite der Commissur einnimmt. In dem vordersten Abschnitte desselben Herdes (Fig. 4, b) tritt besonders deutlich ein birnförmiger Antheil hervor, welcher mit seiner Basis der Commissur zugekehrt ist, und mit seiner Spitze in den Sulcus anterior hineinsieht.

Die seitlichen symmetrischen Herde (Fig. 3) erstreckten sich vom dritten bis siebenten Halsnerven, dann vom zweiten bis fünften Brustnerven. Der in Figur 4 abgebildete Herd hatte seinen Sitz in der Höhe des achten Brustnerven; zu Folge der geringen Aus-

dehnung desselben, gelang es mir jedoch nicht, seinen Höhendurchmesser zu bestimmen.

Die genauere makroskopische Untersuchung hat demnach schon Krankeitsherde erkennen lassen, welche sich über einen bestimmten Theil der grauen Achse erstreckten und zwar in einer Längenausdehnung, welche in auffälliger Weise mit der Localisation der Haut correspondirte.

Die Erkrankung erstreckte sich zwar, wie der mikroskopische Befund lehrte, nicht continuirlich und gleichartig vom dritten Hals- bis achten Brustwirbel herab, es zeigte sich vielmehr, dass einzelne, intensiver erkrankte Localitäten durch Brücken leichter erkrankten Gewebes verbunden waren. Immerhin darf ich aber sagen, die Erkrankung des Rückenmarkes dehnte sich vom dritten Hals- bis achten Brustwirbel aus, während die Hauterkrankung vom Scheitel bis zur Nabelregion reichte.

B. Mikroskopischer Befund.

1. Veränderungen an den Ganglienzellen.

Die Mehrzahl der Ganglienzellen in den Vorderhörnern, vom dritten Hals- bis zum achten Brustwirbel herab, schienen ihrem Aussehen nach von der Norm abzuweichen. Allerdings waren aber die Veränderungen innerhalb der makroskopisch wahrnehmbaren Herde intensiver als ausserhalb derselben.

Ausserhalb der makroskopisch sichtbaren Krankheitsherde, zeichneten sich die Zellen nur durch eine grobkörnige Beschaffenheit aus.

Bei den in den centralen seitlichen und hinteren Partien der grauen Substanz gelagerten Nervenzellen hingegen bleibt es nicht bei der grobkörnigeren Beschaffenheit des Zellleibes allein; man trifft auf Zellen, deren Ausläufer mächtig verdickt und ebenfalls grobkörnig geworden sind (Fig. 9); dann wieder auf solche, deren Ausläufer abgebrochen zu sein scheinen. (Fig. 10.) Ueberdies findet man alle Uebergänge von den Zellen mit grobgranulirten Zellleibern und Ausläufern mit mehr oder weniger deutlichem Kerne (Fig. 7 bei a) bis zu lose zusammenhängenden Körnchenhaufen, deren äussere Configuration ihre Herkunft eben noch vermuthen lässt.

Die Ausläufer der Ganglienzellen sind ebenfalls vielfach verändert. So erscheinen im ganzen Bereiche der erkrankten Partien zahlreiche breite Bänder, welche durch Carmin intensiver gefärbt sind, als die Fäden des, der normalen grauen Substanz eigenthümlichen Netzes, homogen aussehen und meist glattrandig sind, stellenweise aber durch quere Linien in einzelne Abschnitte zertheilt erscheinen. (Fig. 8 bei a und b.)

Wenngleich ihre Bedeutung als veränderte Ganglienzellenfortsätze nicht immer und selbst in der Mehrzahl der Fälle nicht zu bestimmen war, so konnten sie doch häufig bis zu krankhaft veränderten Ganglienzellen verfolgt werden.

2. Veränderungen der grauen Substanz selbst.

Von oben nach unten fortschreitend, trifft man schon im obersten Halsmarke ein eigenthümliches Aussehen der grauen Substanz an. Es findet sich ein dichter Filz feinster, stark lichtbrechender Fasern, welche in den beiden Vorderhörnern wirr durcheinander laufen; in der grauen Commissur, besonders der hinteren, treten sie jedoch zu mehr oder weniger parallelen Reihen so dicht aneinander, dass hierdurch das Aussehen eines fibrösen Gewebes zu Stande kommt. Die in diese Fasermassen eingelagerten Zellen weisen büschelförmig abgehende Ausläufer auf, welche in die Zusammensetzung der Fasermassen eingehen; Verhältnisse, wie sie häufig in gewissen jugendlichen Bindegewebsformationen angetroffen werden und wiederholt beschrieben worden sind. Fig. 11 zeigt die dichte Aneinanderlagerung der Fasern in der hinteren Commissur besonders deutlich. Es liegt hier ein Zustand vor, welcher als Sklerosirung des Gewebes bezeichnet zu werden pflegt.

Mit den in der Höhe des dritten Halsnerven entstehenden weiteren Veränderungen werden auch die genannten Fasern spärlicher und weichen bald dem succulenter und groblückiger gewordenen Netze der grauen Substanz, um stellenweise wieder in Erscheinung zu treten.

An den durch das Erhaltensein der gröberen Textur der grauen Substanz deutlich kenntlichen jüngsten Stadien der Erkrankung treten neben den erweiterten und mit Blut dicht erfüllten Gefässen und neben den beschriebenen Fasern prächtig verzweigte Zellen in Erscheinung, welche sich durch ihren Protoplasmareich-

thum und die grosse Zahl ihrer Ausläufer auszeichnen (Fig. 5) und je einen oder zwei Kerne in sich tragen. (Fig. 6.)

Die weiteren Veränderungen des der grauen Substanz eigenthümlichen Netzes stellen sich nun wie folgt dar.

Das Netz wird allmälig groblückiger, die Balken desselben werden dicker, compacter. An hochgradig erkrankten Stellen fehlt das eigentliche Netz der grauen Substanz; das Gesichtsfeld ist von Strängen durchzogen, welche zum Theile zu grossen kernhaltigen Zellen (vielleicht veränderte Ganglienzellen) ziehen. (Fig. 8.) Wir stossen ferner auf Plaques, deren Ursprung nicht mehr zu eruiren ist, Plaques von grösseren, (myelintropfenähnlichen) Gebilden erfüllt. (Fig. 7.) Es liegt ein gemeinhin als Fettkörnchenzellen beschriebenes Bild vor uns. An anderen Stellen treffen wir auf ein Netz, dessen einzelne Balken aus einer grossen Zahl verschieden grosser und unregelmässig geformter Stücke gebildet sind. (Fig. 8 und 12.) An manchen Punkten werden feinste Fädchen sichtbar, welche sich aus einzelnen, sporenähnlichen Körperchen zusammensetzen und so gewissen Pilzformationen täuschend ähnlich sehen (Fig. 12 bei a und Fig 7 bei b); und endlich zeigen die Stellen, welche schon makroskopisch als Herde kenntlich waren, das Vorhandensein dicht gedrängt stehender, rundlicher, homogen aussehender, intensiv gefärbter Formelemente, theils von der Grösse farbloser Blutkörperchen und darüber, theils von weit geringerem Umfange in allen Uebergangsformen.

Der in der Höhe des achten Brustnerven schon makroskopisch sichtbare Herd in der Commissur setzt sich mikroskopisch aus mehreren kleineren Einzelherden zusammen, welche dieselben Formelemente aufweisen, wie die eben beschriebenen lateralen Herde und in ihrem Centrum fast durchgängig ein Gefäss erkennen lassen. Der erwähnte birnförmige Antheil dieses Herdes ist aus einer äusserst feinkörnigen, doch durch das Carmin intensiv roth gefärbten Masse zusammengesetzt.

Die diesem Herde nächst anliegenden Theile der weissen Substanz zeigen eine Vermehrung des sogenannten Stützgewebes. Sonst konnte ich an keiner Stelle der weissen Substanz irgend welche auffällige Veränderungen wahrnehmen.

Wollen wir uns nun, auf Grundlage der angetroffenen Veränderungen über die Natur des krankhaften Processes Rechenschaft geben, so wird es uns in Berücksichtigung der Untersuchungen Stricker's und seiner Schüler über die graue Substanz des Centralnervensystemes [1]) nicht schwer fallen, denselben als entzündlichen zu deuten.

Diese Studien haben ergeben, dass das feine Netz der grauen Substanz von Ausläufern sämmtlicher zelligen Gebilde constituirt wird, sie haben ergeben, dass sich an der Bildung derselben sowohl die sogenannten Protoplasmafortsätze der Ganglienzellen, als die bisher für Bindegewebskörperchen gehaltenen Zellen und die ganze Zahl jener Gebilde betheiligen, deren physiologische Dignität bisher nicht gedeutet werden konnte, die aber durch die genannten Studien als Uebergangsformen zu Ganglienzellen erkannt wurden.

Die Untersuchung der entzündlichen Vorgänge der grauen Substanz hat ferner ergeben, dass die Ausläufer sämmtlicher Zellen anschwellen, dass das Netz hierdurch groblückiger und von dickeren Balken gebildet erscheint, dass die Ganglienzellen ebenso wie die anderen zelligen Gebilde auf den embryonalen Zustand zurückkehren und Proliferationsvorgänge aufweisen.

In unserem Falle liegen nun solche Bilder zu Tage, welche mit aller Bestimmtheit auf Proliferation zu beziehen sind. Wir haben in den jüngsten Stadien der Erkrankung die protoplasmareichen Zellen mit zwei Kernen angetroffen (Fig. 6); wir sahen den Leib der Ganglienzellen körnig werden; wir sahen ein Netz von so dicken, glattrandigen Balken, wie sie in dem normalen Gewebe niemals angetroffen werden, von Balken, die stellenweise aus einzelnen, unregelmässig geformten Stücken zusammengesetzt waren (Fig. 8 und 12). Angesichts dieser Bilder wird es kaum angezweifelt werden können, dass in dem mitgetheilten Falle ähnliche Vorgänge statthatten, wie sie von Stricker und seinen Schülern bei der Entzündung der grauen Substanz geschildert wurden.

Bezüglich der Bedeutung der sklerosirten Partien ist es

---

[1]) Stricker, Vorlesungen über allgem. und experiment. Pathologie, III. Abth., II. Lief.

mir jedoch nicht gelungen, eine bestimmte Anschauung zu gewinnen.

Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Sklerose mit dem gefundenen entzündlichen Vorgange im Zusammenhange stehe, denn erstens lassen die geschilderten Erscheinungen auf einen acuteren Vorgang schliessen, als er gemeinhin bei den sogenannten Sklerosirungen des Rückenmarkes zu beobachten ist, und zweitens erscheinen die Ganglienzellen an den Stellen der ausgeprägteren Sklerose, wie vom dritten Halsnerven nach aufwärts und vom achten Brustnerven nach abwärts, wenngleich von Pigment erfüllt, doch wohl erhalten.

Aus demselben Grunde möchte ich die Deutung der Sklerose als Ausgang eines längst abgelaufenen Entzündungsprocesses nicht favorisiren; wahrscheinlicher dünkt es mir, dass sie in einer Altersmetamorphose begründet sei. Der Entscheidung dieser Frage müsste ein vergleichendes Studium der Textur des Rückenmarkes in den verschiedenen Altersperioden vorausgehen; eine solche liegt aber bis heute noch nicht vor.

Indessen möchte ich das Wesen meines Fundes von der Deutung des pathologisch-anatomischen Vorganges trennen.

Welcher Meinung man sich über die Natur des Processes hingeben mag, die vorgenommene Untersuchung hat mit Bestimmtheit eine Erkrankung der grauen Achse des Rückenmarkes und somit die Coïncidenz mit der Hautkrankheit erwiesen.

Die angetroffenen Veränderungen liessen ihre grössten Intensitäten in den centralen, lateralen und hinteren Partien der Vorderhörner erkennen. Es haben sich vornehmlich jene Stellen der grauen Achse des Rückenmarkes erkrankt gezeigt, in welche Charcot [1]), theils gestützt auf pathologisch-anatomische Befunde, theils speculativ die sogenannten trophischen Centren für die Haut verlegt.

In den bisher bekannt gewordenen Coïncidenzen von Erkrankungen der Haut mit Läsionen des Rückenmarkes waren stets Erscheinungen von Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen vorhanden und diese mussten der Erkenntniss der Beziehung der

---

[1]) Charcot, Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystemes, deutsch von Fetzer, I, pag. 116.

Rückenmarksaffection zur Erkrankung der Haut hinderlich im Wege stehen; denn es liess sich nicht entscheiden, ob die gefundene Erkrankung des Rückenmarkes als Ursache der Hauterkrankung anzusehen sei. Die Erkrankung des Rückenmarkes konnte die Motilitätsstörungen bewirken, während die Hauterkrankung aus anderen Ursachen selbstständig aufgetreten sein konnte. Der von mir mitgetheilte Fall zeichnet sich jedoch durch das Fehlen aller, wenigstens auffälligen, sogenannten Rückenmarkserscheinungen aus.

Ich begnüge mich vorläufig, hierauf hingewiesen zu haben, und unterlasse es, aus demselben weitgehende Consequenzen zu ziehen.

Um aber dennoch die mögliche Tragweite desselben zu beleuchten, schliesse ich eine weitere vorläufige Mittheilung an.

Angeregt durch die beschriebenen Funde, dehnte ich meine Studien auf das Rückenmark Syphilitischer aus.

Der ganze Verlauf der Syphilis, die anfänglich universelle Erkrankung der oberflächlichsten Hautschichten, die späteren regionären Affectionen der Haut und der tiefer liegenden Organe, die Gruppirung und symmetrische Vertheilung der Efflorescenzen, ferner die bisher noch vollends unzureichend erklärte Periode der Latenz, sie mussten in Berücksichtigung der vorstehenden Untersuchung den Gedanken wachrufen, dass vielleicht einer der Angriffspunkte des syphilitischen Agens im Rückenmarke gelegen sei und dass einzelne Manifestationen desselben nichts weiter als Projectionen krankhafter Vorgänge in die Peripherie darstellten. Ich habe bisher drei Fälle von hereditärer und einen Fall von acquirirter Syphilis untersucht, bei welchen keine der sogenannten klinischen Rückenmarkserscheinungen vorlagen. In dem Falle von acquirirter Syphilis muss ich die graue Achse des Rückenmarkes auf das bestimmteste für auffällig verändert und krank erklären. Aber auch alle drei Fälle von hereditärer Syphilis wiesen circumscripte Herde in den centralen Theilen der Vorderhörner oder in der Commissur auf, welche durch Carmin intensiv gefärbt wurden, und scheinbar durch umschriebene Anschwellungen des Netzes zu Stande kamen. Die Ganglienzellen zeigten in zweien dieser Fälle ihr Protoplasma grob granulirt und in einem erschienen sie wie geschrumpft und von zahlreichen Vacuolen durchsetzt.

Dürften wir unsere Kenntnisse vom Baue des Rückenmarkes Erwachsener einfach auf das kindliche Rückenmark übertragen, ich müsste die graue Achse in den drei genannten Fällen ebenfalls für krank erklären; da aber gewisse Erscheinungen jugendlichen Bildungen eigen sein können, so bedarf es noch eines eingehenden vergleichenden Studiums, um die Bedeutung derselben sicherzustellen.

Ich erwähne noch, dass ich das Rückenmark eines Mannes, der während des grössten Theiles seines Lebens an Psoriasis vulgaris gelitten hat und keinerlei der sogenannten Rückenmarkserscheinungen darbot, untersucht habe. Auch hier zeigte sich die graue Axe des Markes herdweise theils sklerosirt, theils entzündlich verändert. Und endlich hat die Untersuchung des Rückenmarkes, welches von einer Kranken herstammte, die an Lupus erythematosus acutus, dem sich eine Lungenentzündung zugesellte, starb, an denselben Stellen der grauen Axe, wie sie der mitgetheilte Fall von Herpes Iris zeigte, schon makroskopisch sichtbare, symmetrisch in den centralen lateralen Theilen der Vorderhörner gelagerte Herde nachgewiesen.

Es erübrigt mir nun noch, dem Assistenten Herrn Dr. A. Spina für die weitgehende Unterstützung bei der Erkenntniss der Natur des vorliegenden Krankheitsprocesses meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Abbildungen.

(Taf. IV—VII.)

Fig. 1 und 2 zeigen die Ausdehnung der Hauterkrankung; bei *a*) finden sich ihrer Epidermis entblösste nässende Stellen; *b*) weist die normal gebliebene Haut der unteren Fläche der Brustdrüse auf; *c*) Decubitus über dem Kreuzbeine; *d*) Decubitus an den Fersen.

Fig. 3. Querschnitt des Rückenmarkes in der Höhe des dritten Brustnerven unter Lupenvergrösserung.

Fig. 4. Querschnitt des Rückenmarkes in der Höhe des achten Brustnerven unter Lupenvergrösserung.

Fig. 5. Verzweigte, protoplasmareiche Zellen in einem sklerotisch veränderten Gewebe, aus der Peripherie eines Herdes in der Höhe des vierten Brustnerven.

Fig. 6. Protoplasmareiche verästigte Zelle aus der Höhe des fünften Brustnerven mit zwei Kernen.

Fig. 7. Aus einem Herde in der Höhe des vierten Brustnerven. *a*) Verästigte (Ganglien?) Zelle mit granulirten Ausläufern. *b*) Pilzfädenähnliche Gebilde. *c*) Verzweigte Zelle zum Theile mit homogen erscheinenden Kugeln erfüllt.

Fig. 8. Balkenwerk aus der Höhe des vierten Brustnerven. *a*) Zelle mit in Zertheilung begriffenen Ausläufern. *b*) Veränderter Achsencylinder.

Fig. 9. Ganglienzelle aus dem lateralen Theile des rechten Vorderhornes, in der Höhe des fünften Halsnerven mit granulirtem Zellleibe und Ausläufern.

Fig. 10. Granulirte Ganglienzelle mit abgebrochenen Fortsätzen aus dem centralen Theile des rechten Vorderhornes in der Höhe des fünften Halsnerven.

Fig. 11. Sklerose der hinteren grauen Commissur aus der Höhe des ersten Brustnerven.

Fig. 12. Getheiltes Netz aus einem Herde in der Höhe des vierten Brustnerven. *a*) Pilzfädenähnliche Gebilde. *b*) Knotenpunkt (Ganglienzelle?) des Netzes von myelintropfenähnlichen Bildungen erfüllt.

(Fig. 5—12 Seyberth Oc. 2. Immers. VIII.)



Ueber die exspectative Heilmethode der Syphilis.

Von

Dr. J. Krówczyński,

k. k. Sanitätsrath in Lemberg.

Mit jedem Tage wird die Zahl der Anhänger der exspectativen Heilmethode grösser. Wie bekannt, besteht sie darin, dass man, ohne allgemeine Mittel anzuwenden, die syphilitischen Symptome ausschliesslich local behandelt und ausserdem auf den Verlauf der Krankheit durch entsprechende Hygiene vortheilhaft einzuwirken trachtet. Unpassend wird zur exspectativen Heilmethode das Bestreben gerechnet, die Krankheitssymptome durch Aderlässe, purgirende und diuretische Heilmittel zu tilgen, denn eigentlich bedeutet Exspectatio so viel wie passives Verhalten.

Die Geschichte der Syphilis lehrt, dass der Impuls zu dieser Behandlung von William Fergusson, englischem Militärarzt, ausgegangen, wie aus dem einschlägigen Briefe vom 30. April 1812, welcher am 9. Juni 1813 in der Londoner ärztlich-chirurgischen Gesellschaft vorgelesen wurde, ersichtlich ist. In diesem Briefe vergleicht er die Folgen der Syphilis und die Verheerungen, die sie in der englischen und portugiesischen Armee angerichtet hatte, und schreibt den milden Verlauf der Krankheit bei den Portugiesen der exspectativen Heilmethode zu, und die grässlichen Symptome bei den Engländern legt er der mercuriellen Behandlung zur Last. Die exspectative Heilmethode — „simple treatment" bei den Engländern genannt, fand in England sogleich viele Nachahmer. Th. Rose, ein eifriger Anhänger derselben, schreibt in seinem Werke „Observations on the Treatment of Syphilis" etc., dass die Kranken, die gewöhnlich zu Bette lagen, nur local behandelt wurden und dass das Resultat sehr von dem verschieden

war, was er erwartet hatte, denn die Heilung wurde in jedem Falle bewirkt, ohne dass es nothwendig gewesen wäre, zu dem Quecksilber Zuflucht zu nehmen.

Den Ansichten Fergusson's und Rose's folgten viele englische Aerzte, wie G. J. Guthrie, Thompson, Hennen, Bartel, Hill Alcock und Andere, und ihre hinterlassenen Schriften beweisen, dass sie die Exspectatio für rationeller betrachteten, als jede andere Heilmethode. Die Anschauungen der physiologischen Schule, die zu jener Zeit in Frankreich cultivirt wurden, beförderten die in England allgemein gewordene Heilmethode. Der Stifter dieser Schule F. J. V. Broussais behauptet, dass es keine Syphilis gebe, empfiehlt eifrig die locale Behandlung, namentlich Aderlässe und Blutegel, und meint, dass die Aderlässe nicht nur die frühen, sondern auch späten Syphilis-Symptome zu heilen vermögen. Die Anschauungen der physiologischen Schule, die, wie bekannt, das Vorhandensein der constitutionellen Krankheiten überhaupt negirte und die Symptome derselben als Entzündungssymptome betrachtete, die Anschauungen dieser Schule wiederhole ich, waren, was die Behandlung anbelangt, sehr consequent. Jourdan, Richond de Brus, Robillier, Desruelles, Dévergie, treu den Ansichten der physiologischen Schule, empfehlen die exspectative Heilmethode, und indem sie dieselbe mit der mercuriellen Behandlung vergleichen, behaupten sie, dass die erste schneller wirkt, dass die Recidiven weit seltener und milder sind, und dass die Behandlung mit Quecksilber unpassend und unnützlich ist. Etwas später findet die Exspectatio viele Anhänger auch in Deutschland, und Handschuh's Publicationen über die günstigen Resultate dieser Methode, die Brinninghausen im Militärhospitale zu Würzburg erreichte (1826), spornten deutsche Aerzte zu weiteren Versuchen an.

Die von Fricke, F. Wilhelm, Kluge angestellten Versuche, welche ihrer Meinung nach glücklich ausfielen, verursachten, dass die Exspectatio immer mehr Anhänger in Deutschland fand und im weiteren Vorschreiten in Schweden, Dänemark, Polen und Russland angewandt wurde. In der Hälfte der dreissiger Jahre unseres Jahrhunderts zählte sie mehr Anhänger als jede andere Methode, die in jener Zeit geübt wurde; von da an verminderte sich die Zahl der exspectativ Behandelnden bis in die letzten

Jahre. Im laufenden Jahrzehent vermehrt sich wiederum ziemlich schnell die Zahl der Anhänger dieser Heilmethode, und unter ihnen finden wir sogar die unlängst eifrigen Mercurialisten. Mancher von den angegebenen Autoren blieb nicht bis zum Ende seines Wirkens diesen Ansichten treu und betrachtete die Exspectatio nicht als die beste Heilmethode, dagegen wurden viele Mercurialisten zu Anhängern dieser Methode. Dieses Wanken, wenn auch schädlich, ist doch begreiflich und begründet. So lange unsere Begriffe über das Wesen der Krankheit nicht endgiltig und stabil geworden sind, sondern bei jedem Vorwärtsschreiten der Wissenschaft wesentlichen Aenderungen unterliegen, so lange ist auch das Schwanken in der Wahl gewisser Heilmittel und Methoden zu rechtfertigen. Wenn die exspectative Heilmethode keine Anhänger in unserer Epoche haben würde, nachdem die Harnröhrenentzündung und weiche Schanker aus dem syphilitischen Symptomencomplexe eliminirt wurden, könnten wir behaupten, dass die glücklichen Resultate dieser Heilmethode wegen des unpassenden Gebrauches des Quecksilbers in Krankheiten, die wir jetzt nur local heilen, vorkommen; da sich jedoch gegenwärtig die Anzahl der Vertheidiger der exspectativen Behandlung bedeutend vermehrt, finden wir uns genöthigt, zur besonderen Analyse der Grundsätze besagter Methode zu schreiten.

Die Anschauungen verschiedener Verfasser sind, wie dies gewöhnlich der Fall ist, verschieden. Manche wie J. Hermann, sehen sich nicht gezwungen, Quecksilber anzuwenden und sind im strengsten Sinne Antimercurialisten, indem sie läugnen, dass constitutionelle Syphilis existire und Symptome derselben als Resultat der Quecksilberbehandlung betrachten. Andere geben an, dass die constitutionelle Syphilis existire und behandeln diese Krankheit nach dem Schema der acuten exanthematischen Krankheiten wie z. B. K. Bennet, oder streben nur vermittelst der diätetischen und purgirenden Mittel oder verschiedener Decocte, wie Bärensprung und seine Nachahmer, dieselbe zu tilgen. A. Oewre empfiehlt tonisirende und symptomatische Behandlung, die völlig hinreichen soll zur Vernichtung der sich mit der Zeit immer mehr vermindernden Verunreinigung des Blutes, und A. Desprès verlangt selbst die Symptome der Krankheit nicht zu tilgen, die er als Anzeichen des zur Norm wiederkehrenden Organismus betrachtet. Die letztgenannten Autoren

sind hervorragende Repräsentanten der exspectativen Behandlung, es gibt aber auch solche, die sich immer mehr dieser Behandlung zuneigen, obwohl sie die specifischen Mittel, die man bisher gegen Syphilis anwendet, nicht verwerfen. Zu diesen gehört Zeissl; anfangs gemässigter Mercurialist, hatte er oft die Jodpräparate angewendet, und da dieselben ihm oft unzuverlässig erschienen, wurde er Anhänger der exspectativen Behandlung. Er gesteht, dass die Krankheit länger dauert, wenn man sie nur local und mittelst der diätetischen Mittel behandelt, dagegen sollen die Recidiven seltener und milder, und die auf diese Art erreichte Genesung vollkommener sein. Seiner Meinung nach erlangt man durch diese Methode bessere Resultate bei frühen Symptomen der Syphilis, und unbedingt nothwendig ist sie dann, wenn zu den Symptomen der Syphilis irgend welche acute, mit Fieber vergesellschaftete Krankheit hinzutritt. Nicht weniger setzt in Erstaunen v. Sigmund's Zuneigung zur exspectativen Behandlung. Vor etwa zwanzig Jahren kündigte Sigmund an, dass die Syphilis am vortheilhaftesten vermittelst Quecksilber-Präparaten behandelt wird und empfahl, dieselben möglichst frühzeitig anzuwenden, indem er behauptete, dass je mehr Tage vom Augenblicke der Evolution der primären Erscheinungen verstrichen sind, desto mehr die allgemeine Behandlung angezeigt ist. Als er sich kurz darnach überzeugte, dass zu frühzeitiges Anwenden der Mercurialien oft Schaden bringt, lehrte er, dass man mit dem Erscheinen der constitutionellen Symptome der Syphilis zur Anwendung des Quecksilbers schreiten soll, endlich verschiebt er in der letzten Zeit noch mehr den Zeitpunkt, von welchem an die Mercurialien angewendet werden sollen und behauptet, dass die locale Therapie der allgemeinen Syphilis die Krankheitssymptome gar nicht verschlimmere, die grösstentheils (40 %) sehr leicht sind, selbst während der localen Behandlung. Die Anwendung der Mercurialien findet Sigmund dann zur rechten Zeit, wenn in vielen Organen Syphilissymptome gleichzeitig auftreten, oder wenn diese auch nur in einem Organe gefährlicher sind oder endlich, wenn die allgemeine Ernährung nur wegen Syphilis leidet. In diesem Augenblicke berücksichtige ich die Anschauungen der Anhänger der Syphilisation nicht, da über die Therapie derselben später gesprochen werden soll, und zwischen deren Handeln und

einer localen Therapie kein grosser Unterschied besteht. — Wenn wir die Anschauungen der exspectativ Behandelnden zusammenfassen, so sehen wir, dass man als Vortheil dieser Methode angibt, es wären die Recidiven leichter und seltener, die Symptome der tardiven Syphilis, die nur ausnahmsweise vorkommt, grösstentheils ungefährlich, wenn auch die Krankheitssymptome längere Zeit zum Verschwinden bedürfen. Würden diese Vortheile wirklich und nicht illusorisch sein, so sollte die Exspectatio anderen Mitteln vorgezogen werden, die man in der Behandlung der Syphilis anwendet. Die Anhänger der exspectativen Behandlung basiren ihre Anschauungen auf die klinische Erfahrung, dass der Verlauf der Syphilis sehr verschieden ist. Manchmal sind die allgemeinen Symptome, wenn auch keine specifischen Mittel angewandt wurden, so schwach, dass sie schnell und auf immer verschwinden, manchmal werden die Krankheitssymptome immer gefährlicher und trotz specifischer Therapie sehr drohend.

Diese klinischen Ergebnisse veranlassten Diday, die Syphilis in eine regressive und progressive einzutheilen, und die Anhänger der exspectativen Behandlung fordern scheinbar billig, dass man die allgemeine Behandlung der Syphilis mit regressivem Verlaufe meide. Diese Forderung ist deshalb nur scheinbar billig, weil man fast nie vorhersagen kann, ob die allgemeinen Symptome der Syphilis drohende oder milde sein werden. Zwar kommt es manchmal vor, dass nach den milden Formen der initialen Symptome auch leichte und ungefährliche Veränderungen der constitutionellen Syphilis folgen, aber dieses Ergebniss gehört nicht zur Regel. Manche Autoren gaben selbst die Symptome der regressiven Syphilis an und behaupteten, dass sie da hervortritt, wo der harte Schanker des Inficirten von frühzeitigen Symptomen des Ansteckenden abstammt und unter der Form einer oberflächlichen indurirten Excoriation vorkommt, wenn die constitutionellen Symptome oberflächlich gutartig und die Recidiven mild sind, und endlich, wenn die Krankheitssymptome nach längeren Intervallen zurückkehren. Es kann weder bezweifelt, noch verneint werden, dass man in Ausnahmsfällen voraussehen kann, ob der weitere Verlauf der Syphilis mild oder gefährlich sein wird; dass aber die Prognose, was den Verlauf anbelangt, sich auf obgenannte

Kennzeichen nicht basiren kann, zeigt folgender Fall, der kurz mitgetheilt wird.

N. N., 21 Jahre alt, gut gebaut und wohlgenährt, stammt aus einer Familie, in der die Scrophulose vererbt wird. Anscheinend ist der Patient nicht scrophulös und war bis da immer gesund. Der letzte Beischlaf in der zweiten Hälfte Jänner 1878. Der Patient besuchte mich zum ersten Male am 10. Februar wegen einer oberflächlichen Excoriation, die auf der inneren Präputialfläche rechterseits sich befand. Die Inguinaldrüsen gänzlich frei und die Diagnose, ob diese Abschürfung syphilitisch sein wird, unmöglich. Als ich aber erfuhr, dass es möglich wäre, die wahrscheinliche Quelle der Ansteckung zu ermitteln, that ich Alles, um die Confrontation zu ermöglichen, durch welche ich mich überzeugte, dass das Weib, eine Prostituirte, an Condyl. lata lab. min. leidet. Jetzt hatte ich Recht, die oberflächliche Abschürfung als eine spätere Sklerose zu betrachten und deswegen rieth ich dem Patienten eine Excision derselben. Am 13. Februar wurde diese Excoriation excidirt und die so entstandene Wunde heilte durch prima intentio zu, und eine lineare Narbe zeigte die excidirte Stelle an. Bis zu dieser Zeit waren die Inguinaldrüsen gänzlich normal. Die zweite Woche war zu Ende, als mich der Patient über die Prognose befragte, die ich als gut und vortheilhaft für den Patienten stellen wollte, auf Grund dessen, dass weder nachträglich eine Härte in der Wunde entstand, noch die Inguinaldrüsen irgend welche Veränderung erlitten. Kurz darauf überzeugte ich mich, dass die constitutionellen Symptome zum Vorscheine kamen, indem ich am 7. April eine linsengrosse, nässende Hervorragung auf dem Hodensacke erblickte. Auch jetzt waren die Inguinaldrüsen normal, und dies einzige Condyl. lat. schien meine Prognose zu rechtfertigen.

Am 16. April kam der Kranke wiederum zurück, aber jetzt mit einem reichlichen, papulösen Exanthem, nebstdem liess sich ein harter, schmerzhafter, deutlich zu fühlender Knoten in den Muskeln der Fossa popl. sin. und ein diffuses Infiltrat der siebenten Rippe rechterseits deutlich wahrnehmen. Die Inunctionen verminderten nicht die Qualen des Kranken, der weder liegen, noch herumgehen konnte. Selbst der Hautausschlag wurde nicht kleiner, im Gegentheil, das Exanthem wurde sogar deutlicher, indem um die Papeln intensiv roth gefärbte Infiltrate zum Vorschein kamen und zugleich die Geschwürs-

bildung Fortschritte machte, so dass endlich anstatt des papulösen Exanthems eine zwar oberflächliche, doch weit verbreitete Geschwürsfläche zu sehen war, deren Spuren noch heute auffällig genug zu Tage treten. Jetzt wurde der Patient, der sehr geschwächt war, nach Iwonicz geschickt, wo er vom Dr. D. behandelt wurde, von dem ich die Daten über den weiteren Verlauf der Krankheit bekam. Dieser war viel milder, trotzdem litt der Patient nach Rückkehr von Iwonicz an Geschwüren, welche beide Tonsillen, Arcaden, die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand theilweise und der hinteren Nasenöffnungen einnahmen. Damals wurden wiederum und schon zum dritten Male die Inunctionen empfohlen neben der localen Behandlung. — Im Jänner 1879 wurde der Patient aus der Behandlung entlassen, um nach mehrmonatlicher Pause wegen eines Gumma der hinteren Pharynxwand Hilfe zu suchen.

Dieser Fall beweist, dass die Prognose, was den weiteren Verlauf der Syphilis anbelangt, nicht richtig war, obwohl diese sich auf die Qualität der Initialexcoriation basirte, aus welcher viele Autoren den weiteren Verlauf der Krankheit vorherzusagen streben. Die nächstfolgende Krankengeschichte führe ich an, um zu zeigen, dass es sehr oft unmöglich ist, den Verlauf der Syphilis vorauszusehen.

B., hoch gewachsen, habitus phthisicus, stammt aus einer Familie, wo Phthisis hereditär aufzutreten scheint. Der Vater starb an einer Brustkrankheit, die nicht näher bezeichnet werden kann. Der Patient leidet an Husten, ist schlecht genährt, seine Gesichtsfarbe blass, die rechte Lungenspitze bis zur zweiten Rippe katarrhalisch afficirt, der Percussionsschall über der linken Lungenspitze etwas kürzer, Rasselgeräusche hörbar, Exspiration verschärft. In 3 bis 4 Wochen nach dem letzten Beischlafe entstand ein weit verbreitetes Geschwür in der Foss. coron. gland., das ausser der Glans noch den grössten Theil der inneren Präputialfläche einnahm. Der Lymphgefässstrang der Rückenfläche der Ruthe hart und dick; die Lymphdrüsen in beiden Leisten sehr stark vergrössert und hart. Im weiteren Verlaufe vergrösserte sich sowohl der indurirte Schanker, wie auch die Inguinaldrüsen so, dass sie Kindesfaustgrösse erlangten. Diese Symptome rechtfertigen, dass man auch schwere constitutionelle Syphilis erwartete, und diese Prognose wurde noch durch die präexistirende Brustkrankheit unterstützt. Der Kranke blieb unter meiner

Aufsicht durch neun Monate, während welcher Zeit keine secundären Symptome zum Vorschein kamen. Das Brustleiden verschlimmerte sich mit jedem Tage, und nach einem starken Blutsturze ist der Kranke von Lemberg abgereist, weshalb weitere Beobachtung unmöglich war.

In diesem Falle wurde durch Confrontation bestätigt, dass der Kranke von einer Prostituirten angesteckt war, welche an einem Ulcus indurat. ad introit. vag. und Condyl. lat. lab. pudend. litt.

Dass ich nicht gänzlich exspectativ mich verhalten habe, rechtfertigt das Brustleiden und ein Darmkatarrh, der den Kranken durch starkes Abweichen sehr schwächte. Die ganze Therapie bestand in der Application einer Lapislösung auf das Geschwür und Empl. hydrargyri auf die vergrösserten Drüsen, und während dieser fast indifferenten Behandlung verkleinerten sich die Inguinaldrüsen sehr bedeutend. Das Geschwür heilte zu und nahm später unter Empl. hydrargyri gleichfalls schnell ab, so dass im fünften Monate nach der Ansteckung weder die Sklerose zu fühlen war, noch die sehr wenig geschwollenen Drüsen eine Diagnose auf unlängst vorhandene Sklerose rechtfertigen würden.

Beide angegebenen Krankheitsfälle beweisen, dass weder das Confrontiren, noch die Qualität der primären syphilitischen Erscheinungen eine Grundlage zur Vorhersagung des weiteren Verlaufes der Syphilis abgeben, denn der Verlauf derselben kann sehr mild sein, obwohl die primären Symptome stark entwickelt sind, und umgekehrt. Wenn wir bemerken, mit welchen Schwierigkeiten das Confrontiren, das uns über die Quelle der Ansteckung belehrt, verbunden ist, und anderseits berücksichtigen, dass es unmöglich ist, aus der Qualität der primären Symptome irgend einen Schluss auf die Qualität der secundären Erscheinungen zu ziehen, so verlieren die Initialerscheinungen die ihnen zugeschriebene Bedeutung fast gänzlich. Ebenso lehrt die Erfahrung, dass nach den mildesten Symptomen der constitutionellen Syphilis die Krankheits-Recidiven sehr drohend sein können, und ich selbst hatte oft Gelegenheit zu beobachten, dass nach sehr mildem, fleckigem Ausschlage, der exspectativ behandelt wurde, sehr schwere Syphilisformen auftraten. Dasselbe betrifft auch die Krankheits-Recidiven, die ungeachtet der öfteren Wiederholung und kurzen Zwischenraumes entweder mild oder schwer sein

können. Dies beweist, dass man aus den präexistirenden Symptomen den weiteren Verlauf der Syphilis nicht vorhersagen kann, und wenn es sich so verhält, so verliert die exspectative Behandlung einigermassen die Grundlage, und eigentlich verlieren wir das Zeichen, ob Exspectatio am Platze und passend ist.

Der verschiedenartige Verlauf der Syphilis hängt vor Allem von den Verhältnissen ab, in welchen der Kranke sich befindet, und unter diesen Verhältnissen ist die Constitution des Kranken am wichtigsten, und diese gut zu kennen und überblicken, ist sehr schwer. Der Mangel an sichtbaren Symptomen verursacht, dass die scheinbar Gesunden für Gesunde gehalten werden und umgekehrt, und oft sind nur die Gebrechen des Organismus der Eltern das einzige Zeichen der vererbten, aber gar nicht sichtbaren Leiden. Wenn wir in einem jeden Krankheitsfalle gewisse Zeichen der krankhaften Constitution fänden, dann könnte und müsste die auf dieselben sich basirende Prognose über den Verlauf der Syphilis wahr sein und jedenfalls wäre es viel passender, sie auf die Ursache des Verlaufes und auf die Folgen derselben zu stützen. Denn die für beide Gattungen angegebenen Symptome hängen von der Constitution des Inficirten ab, und die Constitution ist die Ursache des milden oder des schweren Verlaufes der Krankheit. Da die milden Formen der Syphilis ausser einer gesunden Constitution noch sonst günstige und fördernde Lebensverhältnisse des exspectativ Behandelten erheischen und das Gegentheil oft milde in bösartige Formen umzuwandeln im Stande ist, so begegnen wir auch da Schwierigkeiten, deren Wegräumung nicht immer in unserer Machtsphäre gelegen ist.

Indem wir angeführt haben, wovon der Verlauf der Krankheit abhängt, fragen wir jetzt, auf welche Weise kommt das Genesen bei exspectativer Behandlung zu Stande? Der Kranke nimmt keine Arzneien ein, und die locale wenn auch sorgfältigste Behandlung der Syphilissymptome kann auf die allgemeine Dyskrasie fast gar keinen Einfluss ausüben. Bei dem passiven Verhalten des Arztes, bei dem Mangel an Heilmitteln von aussen, müssen wir die Heilkraft in dem Organismus selbst suchen. Hier finden wir gewisse Functionen, denen der Organismus das Dasein, das Leben und die Entwickelung verdankt; wir wissen, dass diese Functionen durch beständige Thätigkeit den Organismus umgestalten,

und ihnen schreiben wir eben die Genesung in vielen Krankheiten zu, bei deren Heilung wir uns passiv verhalten. Ohne Zweifel kommt das Genesen bei der exspectativen Behandlung ausschliesslich durch physiologische Functionen zu Stande und sie sind das einzige Heilmittel. Die physiologischen Functionen des Organismus hängen aber von der Qualität des Organismus ab und den Verhältnissen, in denen derselbe sich befindet, oder was wir mit dem allgemeinen Begriffe der „Constitution“ bezeichnen.

Wenn die Constitution der Art ist, dass die physiologischen Functionen, regelmässig zu Stande kommend, einen vortheilhaften Einfluss auf den Verlauf der Syphilis üben werden, so wird die Syphilis mild sein; wenn die physiologischen Functionen von der Norm abweichen, so pflegen die Symptome der Syphilis entgegengesetzter Art zu sein. Die physiologische Function hört auf normal zu sein, wenn sie verspätet oder beschleunigt ist; auf die Beschleunigung oder Verspätung wirken die verschiedensten Ursachen der äusseren Welt ein, die wir oft zu Heilzwecken benützen. Am stärksten werden physiologische Functionen durch acute und mit Fieber vergesellschaftete Krankheiten beschleunigt; die sogenannten chronischen Krankheiten im Gegentheil rufen die Verspätung dieser Functionen hervor. Die Syphilis ist eine typisch-chronische Krankheit, oder mit anderen Worten, sie verspätet die physiologischen Functionen und dadurch den Stoffwechsel des Organismus. Wenn Syphilis, die wir nicht behandelt haben, zu existiren aufhört, beweist dies, dass die physiologischen Functionen die durch vorhandene Krankheit hervorgerufene Verspätung des Stoffwechsels überwältigten und die Regelmässigkeit der Functionen und der fortwährende Wechsel des Organismus diesen wieder zur Norm brachten. Wird die Verspätung überwunden, so wird der Verlauf der Krankheit mild sein; wenn die physiologischen Functionen die Verspätung nicht überwinden können, so leidet dadurch der Stoffwechsel des Organismus, und der Verlauf der Krankheit muss schwerer sein. Auf diese Weise werden zwei für uns sehr wichtige Räthsel gelöst, wovon der Verlauf der Syphilis und die Genesung des Kranken abhängt. Die bei exspectativer Behandlung angewandten diätetisch-hygienischen Mittel wirken vortheilhaft auf den Stoffwechsel des Organismus ein, und dies ist die Grundlage der exspectativen Methode.

Alles bis da Gesagte zusammengefasst, ist ersichtlich und wird auch nicht bestritten, dass die Basis der exspectativen Heilmethode richtig ist und völlige Berücksichtigung verdient.

Erwägen wir noch in Kürze, was man unter der Beschleunigung und der Verspätung des Stoffwechsels verstehen soll, und was für Folgen die Abweichung von der Norm nach sich ziehen kann. Die Beschleunigung des Stoffwechsels ist gleichbedeutend mit über die Norm vergrössertem Verluste, die Verspätung aber bezeichnet den verminderten Verlust. Der mehr als in gewöhnlichen Verhältnissen und normalem Zustande verlierende Organismus leidet einen Mangel, welcher durch Einnahme nicht behoben, dauernden Mangel nach sich zieht; wird er aber behoben, so leidet der Organismus gar nicht, indem an der Stelle der älteren Gewebe neue entstehen. Der verspätete Stoffwechsel muss immer schädlich wirken, erstens dadurch, dass das Assimiliren behindert wird, und deswegen der Verlust nicht gedeckt wird, und zweitens, weil derselbe die Lebenskraft des Organismus schwächt.

Versuchen wir das Gesagte der Syphilis anzupassen und überzeugen wir uns, ob die tägliche Erfahrung es bestätigt. Wir wissen, dass acute Krankheiten auf den Verlauf der Syphilis zweifach wirken, und namentlich die Symptome der Syphilis auf gewisse Zeit oder auf immer tilgen. Im ersten Falle kann die Recidive mild oder schwer sein. Acute Krankheiten vernichten auf immer die Syphilis, wenn der beschleunigte Stoffwechsel die Ursache der Krankheit oder den Infectionsstoff gänzlich tilgt und die vermehrte Einnahme dem Verluste entgegenkommt; die Symptome der Syphilis weichen aber auf kurze Zeit und werden milder, wenn die Beschleunigung des Stoffwechsels den Organismus nicht schwächte und den Infectionsstoff nicht gänzlich vernichtete. Die Syphilis muss schwer verlaufen, wenn der beschleunigte Stoffwechsel den Organismus schwächt, und dadurch die physiologischen Functionen, die schon wegen der Syphilis von der Norm abweichen, verspätet. Davon wissen wir seit lange aus Erfahrung und deshalb fordert Z e i s s l mit Recht die exspectative Behandlung der Syphilis im Verlaufe der Dysenterie, des Typhus und der Pneumonie.

Ganz verschieden wirken chronische Krankheiten auf den Verlauf der Syphilis, die ebenfalls eine chronische Krankheit ist. Denn hier wird der Stoffwechsel auf zweifache Weise verspätet,

durch Syphilis und durch eine andere existirende chronische Krankheit, von deren Qualität es abhängt, in wie fern der Einfluss auf die Syphilis ungünstig sein wird; auch diese Anschauung wird durch alltägliche Erfahrung bestätigt.

Wenn wir das bisher Gesagte erwägen, so ist leicht der factische Werth der exspectativen Behandlung der Syphilis ersichtlich. Sie wird mit Vortheil bei einem Kranken angewandt, bei welchem der Stoffwechsel normal ist, und kann vortheilhaft bei einem Kranken sein, bei dem der Stoffwechsel beschleunigt ist, muss aber ungünstig wirken bei verspätetem Stoffwechsel. Die Schattenseite dieser Behandlung ist, dass die Krankheit länger dauert, als bei Anwendung antisyphilitischer Mittel, die den Stoffwechsel des Organismus beschleunigen. Eine ansteckende, sich leicht mittheilende Krankheit verlängern heisst so viel, wie die Krankheitsquellen vergrössern und vermehren, was gar nicht zur Aufgabe des Arztes gehört. Weit schöner noch und erhabener, als das Heilen, ist für den Arzt das Verhüten der Erkrankungen, und dieser Aufgabe kann die Exspectationsmethode unmöglich Genüge thun.

Wiewohl die Methode, wie die Resultate es beweisen, gar nicht gering zu schätzen ist, so ist doch eine andere, die bei dem beschleunigten Stoffwechsel das Gleichgewicht im Haushalte des Organismus erhalten könnte, weit höher zu stellen. Diesen Forderungen entsprechen verschiedene Mittel, wenn sie passend angewandt werden, wie: diuretische, purgirende, schweisstreibende Mittel und vorzüglich die sogenannten specifischen antisyphilitischen Mittel, wie Quecksilber und Jodpräparate.

Selbst die eifrigsten Anhänger der exspectativen Methode wenden das letztgenannte Mittel an, die Quecksilberpräparate werden aber von diesen gänzlich verworfen, da sie ihre Anwendung für rücksichtslos schädlich halten. Doch die Anwendung dieser Mittel ist ebenso wenig absolut schädlich, wie die Exspectatio absolut günstig. Ohne Rücksicht vortheilhaft ist jene Heilmethode, welche, den Stoffwechsel des Syphilitischen beschleunigend, vorzüglich berücksichtiget, dass der sich fortwährend erneuernde Organismus in möglichst besten zum Aufbau nothwendigen Verhältnissen sich befinde. Dieser Methode leisten verschiedene Mittel Vorschub,

bald die hygienisch-diätetischen der exspectativen Behandlung, bald diejenigen, welche die antisyphilitische Methode repräsentiren.

Wenn wir immer den Grundsatz der Behandlung der chronischen Krankheiten berücksichtigen, werden wir niemals fehlen und eben so wenig die Anhänger der exspectativen Behandlung, als die Mercurialisten verdammen. Dieser Grundsatz muss den sich Jahrhunderte lang hinziehenden Streit zwischen Mercurialisten und Antimercurialisten ausgleichen und die Therapie vom herrschenden Chaos befreien, das jedem Anfänger schwer zu überwinden ist.

Zuletzt erinnere ich noch einmal, dass man in der Auswahl der Heilmittel sehr vorsichtig sein müsse und sich blos vom Grundsatze der Therapie in chronischen Krankheiten leiten lasse, vor allem aber solcher Methode den Vorzug einräume, die das Infectionsstadium wesentlich abkürzt. So handelnd thun wir zwei erhabenen Aufgaben Genüge: wir heilen die Kranken und treten der Verbreitung der Krankheit entgegen.

Das multiple Keloid.

Von Prof. Dr. **Ernst Schwimmer** in Budapest.

Jene Geschwulstformen an der allgemeinen Decke, welche unter der wenig geeigneten Bezeichnung des Keloids bekannt sind, bildeten in den letzten Jahrzehnten mehrfach den Gegenstand eingehender histologischer Untersuchungen. Diesen ist es zu danken, dass das Urtheil über das Wesen dieser Erkrankung, welche mannigfaltige Krankheitsformen gleichen Aussehens aber verschiedenen Charakters umfasst, heute wesentlich richtiger ist als früher, und dass, nachdem die feinere Structur dieser Gebilde genauer erforscht wurde, selbe auch in klinischer Beziehung auf ihre pathologische Wesenheit zurückgeführt wurden. Schon Alibert[1]), von dem die Bezeichnung stammt, stellte zweierlei Formen von Keloid auf; die eine bezeichnete er als das wahre Keloid oder die idiopathische Form, im Gegensatze zu der anderen, nämlich der aus Narben entstandenen hyperplastischen Bildung, welche er das falsche Keloid nannte. Spätere Autoren, wie Schuh, Wedl, Addison, Warren, haben die Begriffe, welche man mit diesen Leiden verband, theils verändert, theils erweitert, und die neueren Histologen und Kliniker acceptirten schliesslich die von Dieberg[2]) aufgestellte Eintheilung, welch neben den genannten Abarten des Keloids noch eine dritte enthielt, nämlich die warzige Narbengeschwulst. Virchow[3]) hat, von der Beobachtung ausgehend,

---

[1]) Description des maladies de la peau, Paris 1806, pag. 113 und „Monographie des Dermatoses.“ Deutsch von Dr. Bloest. Leipzig 1837. II. pag. 141.

[2]) Deutsche Klinik 1852, Nr. 33.

[3]) Die krankhaften Geschwülste. II, p. 244.

dass einzelne, als Keloid bezeichnete Geschwulstbildungen cancroider (krebsartig), andere wieder fibromatöser oder sarcomatöser und selbst syphilitischer Natur sind, vorgeschlagen, alle aus Narben hervorgegangenen Gewächse von dem Keloid gänzlich zu sondern und nur die spontanen oder aus gewissen pathologischen Processen entstandenen Gebilde so zu bezeichnen. Die mikroskopische Untersuchung genügte aber nicht, dieser Auffassung im gewünschten Sinne Rechnung zu tragen, indem man auch bei den spontan entstandenen nicht immer die gleiche Structur vorfand und je nach den gewonnenen Ergebnissen sich bestimmen liess, das Keloid bald zu den fibromatösen, bald zu den sarcomatösen Tumoren zu zählen. In dem einen Falle war nämlich das Gebilde von überwiegend bindegewebigem Gefüge, wesshalb man eine Analogie mit dem Fibrom statuirte, in anderen Fällen war es wieder die grosse Recidivfähigkeit und Hartnäckigkeit des Uebels, sowie die überaus reichliche Zellenwucherung, die das neoplastische Gebilde aufwies, welche eine Verwandtschaft mit dem Sarcom annehmen liessen. Um diesen Widerstreit der Auffassung zu lösen, haben namentlich Langhans[1]), Warren der Jüngere[2]) und Kaposi[3]) den Gegenstand eingehend geprüft, und das Resultat ihrer Untersuchung ist heutzutage das allgemein angenommene. Selbe besagt in Kürze Folgendes: das eigentlich idiopathische oder wahre Keloid erscheint als eine dichtfaserige Gewebsmasse, von der Längsaxe der Geschwulst entsprechender paralleler Faserung, die zahlreiche Spindelzellen enthält, welche aus nach dem Typus der Sehne zusammengesetzten Bindegewebsbündeln besteht. Das ganze Gebilde scheint im Corium eingeschoben, indem ober- und unterhalb desselben normale Schichten des Cutisgewebes sich vorfinden und ausser Haarbälgen, Talg- und Schweissdrüsen auch die Papillen erhalten sind (Kaposi). Letztere erscheinen unregelmässig breit und abgeflacht, so dass die Papillen als Ausdruck von der Längsaxe des Tumors parallelen Leisten angesehen werden müssen. Die Epidermis ist sehr dünn und die ganze Masse des

---

[1]) Virchow's Archiv, 40. Bd. 1867, p. 330.

[2]) Sitzungsbericht der kais. Akademie der Wissenschaften, Wien 1868, III, p. 413.

[3]) Hebra-Kaposi, Lehrb. d. Hautkrankheiten. 1876, II, p. 204.

Tumors lässt sich von den tieferen Lagen der Cutis leicht ablösen (Langhans). Der Umstand, dass Papillarkörper und Retezapfen intact erscheinen, ist nach diesen Untersuchungen ein Hauptargument für die Annahme eines eingeschobenen Gebildes, während die Narbe oder Narbengeschwulst, wo diese dem normalen Gewebe zugehörigen Schichten fehlen, die Annahme gestatten, dass eine durch Geschwürsbildung oder Eiterung verloren gegangene normale Gewebspartie durch bindegewebige Massen ersetzt wurde. Die Gefässe scheinen auch für das Wesen der Erkrankung von ätiologischer Wichtigkeit zu sein, da die erwähnten Spindelzellen sich in grosser Menge rings um dieselben und den Verlauf derselben einhaltend vorfinden. Langhans meint sogar, dass die charakteristischen Zellenstränge, die sich vielfach verästelnd im Keloidtumor vorfinden, nichts anderes als obliterirte Capillaren darstellen. Zur Ergänzung des Ganzen sei noch bemerkt, dass jene Bildungen, wo nebst den eben beschriebenen Veränderungen gleichzeitig andere der Narbe entsprechende bindegewebige Schichten nachzuweisen sind, als falsche oder Narben-Keloide zu bezeichnen wären.

Auf Grund mikroskopischer Untersuchung wäre demnach beim Fehlen der Papillen an eine Narbengeschwulst zu denken, während hingegen reichlich vorhandene Faserzüge bei gleichzeitig erhaltenem Papillarstratum und Epidermisdecke das Bestehen eines wahren Keloids anzunehmen gestatten würden.

Die Eigenthümlichkeit des Keloids, nach seiner Entfernung vom Mutterbett sich neuerdings in ursprünglicher Ausdehnung zu bilden, glaubt Warren dadurch zu erklären, dass die Erkrankung der Gefässwände auf weite Strecken hinaus statt hat, und dass die Neubildung von diesem Gebiete aus sich stetig einstellt.

Wie aus diesen Angaben ersichtlich, ist die Distinction zwischen einem wahren und einem falschen Keloid demnach eine histologische, und die Diagnose würde kaum je correct gemacht werden können, da man für die Bildungen keinen anderen richtigen Gradmesser zur Beurtheilung besitzt. In diesem Sinne erscheint die Angabe der genannten Forscher vielleicht doch etwas zu weitgehend, und abgesehen von einigen Abweichungen in den histologischen Details, die ich im Vereine mit Herrn Dr. Babesiu an mehrfach exstirpirten Keloidbildungen wahrgenommen habe,

und die später folgen sollen, dürfte es vielleicht auch andererseits nicht so schwierig sein, für gewisse Fälle die klinische Diagnose des Keloids genau präcisiren zu können.

Kaposi[1]), der die genannten Schwierigkeiten in der klinischen Beurtheilung der Keloiderkrankungen in gleicher Weise betonte, glaubt deshalb, dass man im Allgemeinen nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen zu stellen im Stande ist, wobei die Anordnung der Geschwülste und der Sitz derselben namentlich am Sternum verlässliche Behelfe abgeben sollten, um vorkommenden Falles sich für die Annahme einer idiopathischen Bildung bestimmen zu lassen. Ich glaube jedoch, dass diese Behelfe für die Beurtheilung nicht immer ausreichend sind; und da wir über das Entstehen des Keloids keine sicheren Anhaltspunkte haben, vom Narben-Keloid jedoch wissen, dass es stets auf äussere Reize und Verletzungen der Cutis zur Entwicklung kommt, so wird man in solchen Fällen, wo letzteres Moment fehlt, und bei denen die bekannten charakteristischen Bildungen sich trotzdem entwickeln, mit aller Entschiedenheit für das Auftreten eines idiopathischen Keloids sich aussprechen können.

Für die richtige klinische Diagnose des wahren Keloids wäre noch ausserdem zu betonen, dass man sehr oft eine eigenthümliche Beschaffenheit der Haut einzelner Körperregionen anklagen muss, welche zu diesen Erkrankungen disponire. Hiezu gehören dann sowohl alle jene Fälle, bei denen das Keloid sich in mehrfacher Anzahl spontan entwickelt, als auch jene, bei denen durch gewisse, die tieferen Hautgewebe treffenden Eingriffe prominirende narbenartige Geschwülste leicht zu Tage treten, die einer Exstirpation nur vorübergehend weichen, und die sich immer neuerdings entwickeln. Ohne das Wort oder den Begriff der Diathese für unseren Gegenstand anzusprechen, glaube ich, dass die Idee nicht von der Hand zu weisen sei, dass gewisse Geschwulstformen sich auf der allgemeinen Decke generalisiren in der Weise, dass sie, spontan entstanden, sich oft ohne Veranlassung in ausserordentlicher Menge vervielfältigen und je nach der Anzahl der Bildungen, welche sie erzeugen, nur gleichsam gewisse Abstufungen in der Krankheitsdisposition darstellen. Ich glaube

[1]) l. c.

mich zu dieser Annahme umsomehr berechtigt, als ich auf Grund mehrfacher Beobachtungen Formen von multiplem Keloid sich entwickeln gesehen habe, die ohne Schwierigkeit in die Reihe der sich generalisirenden Hautgeschwülste einfügen lassen, bei denen nur die allgemeine Decke und nicht die übrige Constitution als pathologisch zu bezeichnen war.

Die Neigung generell aufzutreten zeigen mitunter auch Geschwulstformen anderer Natur, so dass die Idee einer Diathese auch bei anderen Arten von Tumoren sich aufzudrängen scheint. Man kann in Bezug der Multiplicität der Keloide, sowie der anderen Geschwülste der Haut, die Ansicht Virchow's als eine zutreffende bezeichnen, wenn er an einer Stelle über die Multiplicität der Myome[1]) sagt: „Selbe hat durchaus nichts mit der Malignität und Heteroplasie zu schaffen, sie ist auch keineswegs als Ausdruck eines dyskrasischen Allgemeinleidens, sondern ganz wesentlich als örtliche Erscheinung aufzufassen. Jeder einzelne Tumor ist das Produkt örtlicher Reizung, die Multiplicität bedeutet nichts als die Ausdehnung des Reizes.“

Mit der Wahrnehmung, dass an einer Körperoberfläche vielfache Bildungen gleichen Aussehens auftreten, ist nicht immer deren Wesenheit festgestellt, und wenn man auf gewisse Formen der Geschwülste der Haut einen Blick wirft, so wird man die Mannigfaltigkeit derselben leicht zugeben und begreifen, warum man bei deren Classification keine einheitliche Grundlage bis heute festzustellen wusste. Oft ist es der Sitz, oft die Ursache, oft wieder das Wesen der Erkrankung, oft die Consistenz, Farbe, Verbreitung der Bildung u. s. w., welche der Geschwulst ein eigenthümliches Gepräge verleihen, und wenn auch der klinische Charakter ziemlich sicher erscheint, sind es wieder die histologischen Veränderungen, welche für einzelne Formen Analogien oder auch differente Verhältnisse aufweisen, die mit dem klinischen Urtheil nicht zusammentreffen. Gerade aus den letzten Jahren wurden Mittheilungen ähnlicher Art öfter bekannt, und die Autoren haben in Ermanglung einer einheitlichen Nomenclatur solchen Geschwulstbildungen auf der Haut verschiedenartige Bezeichnungen beigelegt. Wir erinnern beispielsweise an Köbner's[2]) „beerschwammähn-

[1]) Geschwülste, Berlin 1867. III, p. 118.

[2]) Klin. und experiment. Mittheil. Erlangen 1864.

liche multiple Papillargeschwülste der Haut", eine pathologische Form, welche in etwas ähnlicher Form von Alibert[1]) gesehen und als Mycosis bezeichnet wurde. Es sind dies papilläre Geschwülste allgemeiner Verbreitung (framboisieartige Bildungen), die von Köbner mit Entschiedenheit als idiopathische und nicht syphilitische Produkte trotz ihrer offenbaren äusseren Aehnlichkeit mit denselben bezeichnet und abgebildet wurden. Diesen in grosser Mannigfaltigkeit auftretenden Geschwülsten stehen die umschriebenen und nur örtlich erscheinenden Bildungen der Haut nahe, welche vor einiger Zeit Kaposi[2]) abgehandelt, und welche sich an analoge ältere Mittheilungen von Sauvages[3]), Plenk[4]), Willan[5]), Meyer[6]) u. A. anschliessen. Es sind dies Erkrankungen, welche auf der Gesichts- und Kopfhaut vorkommen und eine Gruppe von den Neubildungen zugehörigen Affectionen betreffen. Die Mitte zwischen diesen papilläre und abgegrenzte Tumoren mit seitlichen Ausläufern, wie sie das Keloid zeigt, bildenden Bindegewebshypertrophien halten dann die eigentlichen Sarcome der Haut ein, wie deren Port[7]) ein Beispiel mitgetheilt hat, bei dem zahlreiche Tumoren an den verschiedensten Stellen der allgemeinen Decke aufsassen, die sich bei der anatomischen Untersuchung als multiple Sarcombildungen erwiesen, doch auch den Verdacht nicht ausschlossen, dass diese Form aus Granulationsbildung sich entwickelt haben könnte. — Eine Mischform beider stellt wieder der von Duhring und Heitzmann[8]) untersuchte und beschriebene, den angeführten multiplen Geschwulstbildungen der Haut analoge Fall dar, der theils als entzündlicher (Bindegewebs-) Tumor, theils als sarcomatöse Erkrankung erschien. Wir sehen demnach Hautgeschwülste mannigfacher Art als locale Erkrankung sowie als generelle auftreten und die Uebergänge bindegewebiger Neubildungen

---

[1]) Monograph. des Dermatos. Deutsch von Bloest. Leipzig 1837. pag. 297.

[2]) Archiv f. Dermatol. u. Syphilis 1869, p. 382 u. ff.

[3]) Nosologia method. Amstelodami 1768, II, p. 554.

[4]) De morbis cutan. Wien 1783, p. 101.

[5]) Darstellung der Hautkrankheiten von Bateman. Leipzig 1841, pag. 408.

[6]) Virchow's, Archiv 1869, pag. 113.

[7]) Deutsches Archiv f. klin. Medic. 1874, p. 134.

[8]) Americ. Archives of Dermatol. 1879, V. Bd., p. 1—26.

zur Granulationsgeschwulst erklären die Schwierigkeit in der exacten Diagnostik dieser Tumoren, da man es bald mit papillären und Granulationsbildungen, bald mit Fibrom, Sarcom oder einer Combination der letzteren, dem Fibrosarcom zu thun hat. In die Reihe dieser Geschwulstformen gehören ferner auch die reinen Myome und die Fibromyome; Tumoren, die nicht nur im subserösen und submucösen Gewebe, sondern auch auf der allgemeinen Decke in solitärer und genereller Form sich zeigen, und erst jüngst hat Besnier[1]) einige Fälle von zahlreichen, zerstreuten, in grosser Ausbreitung fast den ganzen Stamm einnehmenden Dermatomyomen und Fibromen mitgetheilt.

Mit der Wahrnehmung, dass eine grosse Reihe von Geschwulstformen bekannten sowie auch nicht festgestellten Charakters auf der allgemeinen Decke vorkommen oder sich in langsamer Entwickelung über grosse Flächen der Haut ausbreiten, erscheint demnach das Keloid, welches mitunter diese Neigung aufweist, als eine Neubildung von grösserer Dignität als man bisher anzunehmen geneigt war, und wenn man sich dessen histologische Wesenheit vor Augen hält, wäre man wohl geneigt, die für den Charakter der Krankheit nichtssagende Bezeichnung Keloid aus der Nomenclatur zu streichen; doch kann man diese Gebilde andererseits mit keinem neuen Namen belegen, da man statt des bekannten denjenigen des Hautfibroms auch nicht zu wählen vermag, indem man wieder andererseits gezwungen wäre, Bildungen von analogem Aussehen und Charakter als Sarcome anzuerkennen.

Die Keloide kommen, wie bekannt, gewöhnlich nur als vereinzelte Gebilde vor, und der Stamm, namentlich die Sternalpartie desselben pflegt deren Lieblingssitz zu sein. Es fehlt absolut jeder Anhaltspunkt zur Erklärung dieser Erscheinung und selbst bei multiplem Vorkommen derselben pflegen die Extremitäten gänzlich verschont zu bleiben; ich habe wenigstens bei einer grossen Zahl von Keloiden verschiedener Form, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, ausser an den genannten Körperregionen das Auftreten derselben anderswo höchst selten beobachtet. Cazenave[2]) berichtet von einem Fall bei einer jungen Frauensperson, die mehr

---

[1]) Les Dermatomyomes, Annal. de Derm. et Syphilogr. Paris 1880 p. 25.

[2]) Abrég. prat. d. Mal de la peau Paris 1847 p. 603.

als 20 Keloide theils an der Brust theils an den oberflächlichen Lymphsträngen (?) des Ober- und Vorderarmes zu sehen Gelegenheit bot. Bazin[1]) sagt im Allgemeinen darüber „son siège de prédilection est la région sternale; on l'a également observée au cou, à la face, aux membres supérieurs et inférieurs, et l'on peut dire, qu'aucune partie du corps n'est d'une manière absolue a l'abri de cette affection". Er erwähnt auch einen Fall aus seiner Beobachtung, wo der Unterleib, die Hüftgegend und die Schenkelflächen von zahlreichen Keloidtumoren bedeckt waren. Selbstverständlich handelt es sich hiebei nur um Fälle von spontanen und nicht den früher erwähnten Narbenkeloiden wie sie nach Verbrennungen überall vorkommen können.

Bekannt sind auch solche Fälle, wo narbenartige, wulstförmige Gewebsneubildungen (wahre fibröse Tumoren) sich an den Fingern und Zehen entwickeln, doch stellen diese Gebilde, wenn auch histologisch mit dem Keloide verwandt, klinisch etwas veränderte Geschwülste dar. Einen derartigen ausgezeichneten Fall hat Volkmann[2]) vor einiger Zeit veröffentlicht.

Was nun die Zahl der einzelnen Tumoren anbelangt, so haben einzelne Beobachter selbe schon in ziemlicher Häufigkeit vorkommen gesehen. Doch wird die Zahl von 20—30 einzelner zerstreut auftretender Tumoren selten überschritten gefunden. Wilson[3]) beobachtete einen Fall bei einer Dame, die an der vorderen Brustfläche 30, und an der Rückenseite 9 einzelne Tumoren aufwies. Kaposi[4]) führt einen Fall an, bei welchem er nahe an 20 vereinzelte Tumoren bei einem männlichen Individuum vorgefunden hatte. Die nun folgenden Beobachtungen, die ich im vorigen Jahre zu machen Gelegenheit hatte, übertreffen an Multiplicität der Gebilde alle mir bekannten Fälle und sie mögen deshalb an dieser Stelle eine kurze Darstellung finden.

I.

K. F., eine 35 Jahre alte, gesunde und kräftige Frau, kam am 6. Mai 1879 wegen einer ausgebreiteten Veränderung an der allge-

---

[1]) Leçons clin. et théor. sur l'affect. cut. artif. Paris 1862 p. 365.

[2]) Langenbeck's Archiv 1872 B. XIII p. 374.

[3]) Diseases of the Skin. London 1876 p. 381.

[4]) Hebra u. Kaposi, Handbuch II. B. 199.

meinen Decke zur Behandlung. Sowohl die rechtsseitige Brusthälfte von der Claviculargegend an bis über die Brustdrüse hinaus, als auch der rückwärtige Theil des Stammes derselben Körperhälfte von der oberen Scapulargrenze an bis zur Wirbelsäule hin zeigte eine grosse Reihe von Knotenbildungen, die von Erbsen- bis zu Daumengrösse anscheinend in unregelmässiger Anordnung der Haut aufsassen.

Während nach vorne keine bestimmte Richtung in der Anordnung der Geschwülste zu finden war, erschienen in der Gegend, welche dem Verlaufe der 4.—6. Rippe bis zur Wirbelsäulgrenze entsprach, einzelne Tumoren so ziemlich nach einer bestimmten Richtung sich ausbreitend, ausserdem jedoch ober- und unterhalb derselben viele einzelne zerstreut aufsitzende Gebilde. Alle waren von durchwegs fester Structur, wenig verschiebbar und zumeist von normal gefärbter Haut bedeckt. Stellenweise jedoch erschien die Oberfläche derselben röthlich glänzend, von feinen Gefässzweigen durchzogen. Die Tumoren selbst erschienen wohl in ziemlicher Anzahl rundlich, ein grosser Theil derselben zeigte jedoch grössere Ausläufer in das umliegende Gewebe, so dass die Gebilde an ihren Grenzpartien in der normalen Haut eingelagert erschienen. Man konnte in den verschiedenen Formationen mannigfache Bildungen erkennen, indem mehrfache Ausläufer ineinandergreifend, dadurch längliche, mässig ovale Wulstgrenzen bildeten, zwischen denen vielfach normale Hautstellen inselförmig eingelagert erschienen. Doch waren die ineinander übergehenden kleinen und grösseren Geschwulstformen nicht allzu zahlreich und die grosse Masse stellte sich in Form isolirter Tumoren dar. Von den wenigen wulstartigen, aus verfilztem Gewebe bestehenden Endpartien abgesehen, konnte man hundertfünf einzelne Tumoren zählen. Die einzelnen Geschwülste zeigten nur bei tiefem Drucke mässige Schmerzhaftigkeit; über spontanen Schmerz wusste Patientin nicht zu klagen. Die Epidermisdecke konnte von den einzelnen Geschwülsten selbst seitlich abgedrängt werden, central haftete sie jedoch der Bildung fest an, ohne dass man einen besonderen Nabel an den einzelnen Tumoren bemerken konnte.

Das Leiden war innerhalb 6 Jahren in langsamer Entwicklung entstanden, und wie Pat. mittheilte, verbreitete sich die Bildung ohne nennenswerthe subjective Erscheinung. Seit einem halben Jahre soll keine wesentliche Veränderung eingetreten sein, und die Keloidbildung scheint hiemit vielleicht nur vorläufig ihren Abschluss gefunden zu

haben. Die Kranke hatte schon mehrfache ärztliche Hilfe nachgesucht, doch war sie dieserhalb nicht wohlberathen, denn sowohl die reichlichen Tumoren als auch die stellenweise dunkelrothe Färbung der bedeckenden Haut veranlasste einzelne Aerzte, das Leiden für eine specifische Gummaerkrankung zu betrachten. Aus dem Anlasse hatte Patientin eine Zeit lang antisyphilitische Mittel in Anwendung gezogen, doch war selbe so vernünftig, nach mehreren missglückten derartigen Heilversuchen selbe gänzlich aufzulassen. Bei der Aufnahme hatte ich der Kranken einzelne Knoten behufs Untersuchung exstirpirt, doch hatten sie an denselben Stellen sich bald wieder in ihrer ursprünglichen Ausdehnung entwickelt. Ausser an den genannten Körperstellen war die Haut des übrigen Körpers vollkommen rein und gesund, nirgends zeigte sich irgend eine Abweichung vom normalen Verhalten und sowohl die Anamnese als auch das jetzige Verhalten der Patientin boten nicht den leisesten Anlass zur Annahme irgend eines Krankheitszustandes. Patientin blieb durch einige Zeit in Beobachtung und wurde im unveränderten Zustande entlassen.

II.

Der nachträgliche Fall einer multiplen Keloiderkrankung hat nicht nur wegen des interessanten Krankheitsbildes sondern auch wegen der theilweise mit günstigem Erfolge durchgeführten Therapie ein mehr als pathologisches Interesse.

S. R., ein 17jähriges, kräftig gebautes Mädchen kam Anfangs Juli 1879 mit einen ausgebreiteten, den Stamm in auffälliger Weise verändernden Hauterkrankung zur Spitalsaufnahme. Betreff der Anamnese wäre zu erwähnen, dass die Kranke das Auftreten ihres Leidens auf eine verhältnissmässig kurze Zeit zurückdatirte, indem sie vor $^1/_2$ Jahre an einem intensiven Masernausschlag erkrankt gewesen, worauf sich kurze Zeit nach Ablauf des Exanthems am Stamme neuerdings ein umschriebener Fleckenausschlag entwickelt haben soll, welcher an einzelnen Stellen zu Knotenbildungen führte. Die rechtsseitige Thoraxhälfte erschien zur Zeit der Aufnahme von der Sternalpartie bis nahe zur Grenze der rechtsseitigen Wirbelsäule in bemerkenswerther Weise verändert. Man findet daselbst in grosser Anzahl theils einzelnstehende theils ineinanderfliessende, bohnen- bis haselnussgrosse, im Unterhautgewebe festsitzende, wenig verschiebbare, auf Druck mässig schmerzhafte Knoten von theils normaler Hautfarbe, doch stellenweise auch von röthlich schimmerndem Aussehen, indem einzelne Gebilde in

grösserer Anzahl von feineren Gefässen durchzogen sind. Die Knoten sind, obgleich unregelmässig gelagert, in dem Raume zwischen der 4.—7. Rippe conglomerirt, und ziehen so ziemlich dem Verlaufe der Rippen entsprechend über die gut entwickelte Brustdrüse bis unter die Axillargegend in reicher Anzahl hin. An der Sternal- und unteren Partie der Brustdrüse den Charakter derber Knoten beibehaltend, werden sie in der Brustdrüse selbst viel flacher und weniger hervorragend, doch sind sie allenthalben gut zu umschreiben mit wenigen in die Drüsen und Hautgewebe sich einsenkenden Ausläufern.

Interessanter ist die Rückenpartie des Stammes, wo die isolirten Knoten zur Zeit der Aufnahme viel mächtiger entwickelt waren und den Raum zwischen der 5.—9. Rippengegend als eine Geschwulstmasse erscheinen liessen, die seitlich sowie nach oben und abwärts in die gesunde Haut übergehende Ausläufer bildete. Es waren demnach isolirte und confluirende Tumoren, welche in theilweiser Confluenz die Configuration von halbmondförmiger und mehrfach gelappter Wulstbildung darstellten. Die Hautmasse der Rückengeschwulst sammt den an deren Grenzlinien vorhandenen Tumoren hatte eine Ausdehnung von 10 Ctm. Länge und 8 Ctm. Breite. An einer Stelle erschien die erwähnte massige Neubildung wie ein vielfach verästelter, dicke Zweige aussendender Stamm, dessen grösster Dickendurchmesser 2·3 Ctm. erreicht haben dürfte. Die Epidermis ist, wie in dem vorigen Falle, stellenweise der Geschwulst fest anhaftend, stellenweise jedoch gestattet sie bei Zusammenschieben an den Seitenrändern eine mässige Runzelung. Die ganze Rückengeschwulst ist von durchwegs röthlicher Färbung und das bei einzelnen Keloiderkrankungen in isolirten oder solitären Formen bekannte, mattweisse Aussehen der Epidermisdecke fehlte hier gänzlich. Ein zartes Capillargefässnetz überzog die ganze Neubildung. Die einzelnen Knoten waren weder besonders empfindlich noch schmerzhaft, und Pat. hatte während der ganzen Dauer der Erkrankung nie über irgend welche subjective Zufälle zu klagen.

Auffällig war bei unserer Kranken das Verhalten der Haut im Allgemeinen. Während die Gesichtshaut zahlreiche Comedonen aufwies, fanden sich auf der Haut des Nackens, des Bauches und den von der Keloiderkrankung freien Hautflächen des Stammes zahlreiche weisse, zerstreut stehende, flache, einer Narbenbildung ähnliche glänzende Flecke und man konnte mit gutem Rechte die allgemeine Decke als eine vom Hause aus nicht normale bezeichnen. Die

inneren Organe waren vollkommen gesund und Pat. hatte sich auch bis auf die erwähnte Masernerkrankung und das eben beschriebene Hautleiden im Allgemeinen stets einer guten Gesundheit erfreut.

Um eine Behandlung des geschilderten Zustandes anzustreben, habe ich an der Sternalpartie einzelne Knoten theils durch Ausschaben mit dem scharfen Löffel, theils durch andauernde Application von einer 10%igen Pyrogallussalbe zu entfernen versucht, doch fand ich die bekannte Erfahrung bestätigt, dass die Recidiven nach derartiger Behandlung der Keloidknoten in kurzer Zeit zu erfolgen pflegten. Es fragte sich nun, ob nicht ein eingreifenderes Vorgehen wie etwa die totale Exstirpation der auf dem Rücken befindlichen Geschwulstmasse mit Inbegriff des gesammten subcutanen Bindegewebes ein besseres Resultat zu Tage zu fördern vermöchte? Primarchirurg Janig hat nun auf meinen Wunsch in der Narkose die Exstirpation des ganzen Gebildes nebst der Ablösung eines 1 Ctm. breiten gesunden Hautrandes bis auf die Fascien der frei zu Tage liegenden Muskelpartien von der Unterlage vorgenommen, die Wundränder allenthalben mit dem Thermocautère energisch geätzt, und die zurückbleibende grosse Wundfläche unter entsprechender antiseptischer Behandlung theils mit Lister- theils mit Borverbänden der gänzlichen Heilung zugeführt. Es brauchte nahezu 5 Monate bis zur vollkommenen Restitution und ich hatte Patientin im geheilten Zustande der Budapester ärztlichen Gesellschaft im Monate März d. J. vorgestellt. Die Haut erschien zu dieser Zeit in der ganzen Ausdehnung der früheren Geschwulstmasse dunkelroth, flach und glänzend, wie eine ausgebreitete Verbrennungsnarbe und die Untersuchung lehrte, dass keine neue Knotenbildung in dem ganzen Gebiete des Narbengewebes zu Tage getreten, doch zeigen sich an dem äussersten Rande der frisch gebildeten Hautfläche einzelne verdächtige Anschwellungen, die zur Befürchtung Anlass geben, dass sich dort vielleicht neue Herde der früheren Erkrankung bilden könnten. In diesem geheilten Zustande wurde Pat. entlassen.

Die exstirpirte Geschwulst übergab ich behufs eingehender histologischer Untersuchung Herrn Dr. Babesiu, der in Nachfolgendem eine ausführliche Darstellung der gewonnenen Resultate im Anschlusse an diese Arbeit geben wird.

Ein Beitrag zur Histologie des Keloids.

Von

Dr. Victor Babesiu,

Assistenten der pathologischen Anatomie in Budapest.

(Hierzu Tafel VIII.)

Im Anschlusse an den vorstehenden Artikel des Herrn Professor Schwimmer gebe ich die Resultate der pathologisch-anatomischen und histologischen Untersuchung der exstirpirten Geschwulstgruppe wieder:

Dieselbe war am Rücken, in ihrer grössten Masse rechts zwischen der Wirbelsäule und dem unteren Theile des Schulterblattes gelegen, erstreckte sich aber durch Fortsätze nach links von der Wirbelsäule, dann nach unten vom Schulterblatte und nimmt einen Flächenraum von 10 Cm. Länge und 8 Cm. Breite ein. Ausser dieser Gruppe fanden sich noch zahlreiche selbstständige kleinere Geschwülste an den seitlichen Theilen der rechten Brustdrüse. Die Hauptgruppe am Rücken besteht zunächst aus einer stumpf verzweigten und plump genetzten Hauptmasse von 6 Cm. Breite, 6 Cm. Länge und 8 Mm. Dicke, sowie aus mehreren linsen- bis haselnussgrossen 5—6 Mm. hohen, theils durch niedere Leisten mit der Hauptgeschwulst verbundenen, theils selbstständigen Geschwülsten, welche sowie die Hauptgeschwulst von verdünnter, blass röthlicher, glänzender Haut, in welcher spärliche dünne Haare sitzen, überzogen sind. Die Geschwülste erheben sich zwar steil, doch setzen sich von denselben ausgehend kurze, dünne, strahlige Leistchen in die umgebende Haut fort. Alle Knoten sind von derbelastischer Consistenz. Am Querschnitte erscheint die Epidermis verdünnt und nach unten glatt und scharf begränzt.

Unmittelbar unter derselben ist die Cutis in eine glatte, glänzende, weisse, homogene, derbe Masse umgewandelt, von welcher in die Tiefe arcadenartig Fortsätze verlaufen, welche sich nach unten vernetzen und zwischen welchen eine grauliche, durchscheinende, in derben Strängen verfilzte Geschwulstmasse liegt, die nach unten allmälig in normales Gewebe übergeht, welches dann in einer Linie mit dem normalen Gewebe der Umgebung an das subcutane Fettgewebe gränzt. Es ist schon makroskopisch der Eindruck vorhanden, dass auch seitlich die Cutis und das subcutane Gewebe allmälig in die Geschwulstmasse übergeht.

Die Geschwulst besteht demnach aus einer unmittelbar unter der verdünnten Epidermis gelegenen homogenen und aus einer mit derselben grob verfilzten, etwas lockeren, allmälig in normales Gewebe übergehenden Masse.

Die mikroskopische Untersuchung erwies Folgendes:

Zunächst wurden ganz frische Geschwulsttheile nach Ranvier mit Picrocarmin interstitiell injicirt, oder auch in Picrocarmin ohne vorherige Injection zerzupft, indem kleine Stücke in der Längsrichtung gespalten und die hiedurch entstandenen Fäden fixirt wurden. Natürlich konnte dies Verfahren nur bei wenigen parallelen Faserzügen mit Erfolg ausgeführt werden.

Einen grossen Theil der Geschwulstmasse bildeten feine stark lichtbrechende doppelt contourirte, gleichmässig (0·0015 Mm.) dicke, lange Fasern, welche mit den übrigen Gewebsbestandtheilen parallel verliefen und blassgelb gefärbt wurden, sowie ähnliche, doch mehr starre, seitlich zackig begränzte, blassrosa gefärbte Fasern (Fig. 1 *a*). Zwischen diesen Fasern finden sich Fasern von beschränkter Länge (etwa 0·2 Mm.) wesentlich spindelförmig, an den Enden oft wie ausgefranst (Fig. 1 *b*). In der Mitte derselben findet sich ein rothgefärbter, entweder etwa 0·01 Mm. langer, 0·003 Mm. dicker, den Kernen der glatten Muskelfasern (Fig. 1 *c*) ähnlicher Kern, oder ein bis zwei länglichovale Kerne von verschiedener Grösse (Fig. 1 *e, f, g*) (gewöhnlich grösser als die Bindegewebskerne) oder es liegt ein solcher länglicher Kern einer Faser blos an. Dieser Kern ist von einem geringen, feinkörnigen Protoplasmahofe umgeben; oft gehen von hier seitlich 3—4 saumartige, kurze, substanzarme, platte, buchtig oder zackig begränzte Fortsätze aus (Fig. 1 b_1). Bei aufmerksamer Betrachtung und verschie-

dener Einstellung, namentlich bei Anwendung ziemlich concentrirter Essigsäure kann man sich von diesem Verhältniss überzeugen. Wo solche Fortsätze frei abstehen, erhält dadurch die Faser ein eigenthümlich ausgefressenes Ansehen. Die Fasern selbst erscheinen im Querschnitt platt oder vieleckig.

Ganz ähnlich verhalten sich kürzere Fasern von etwa 0·026 Mm. Länge, welche füglich als Spindelzellen aufgefasst werden können (Fig. 1 *d*).

Ausser diesen Zellformen, welche etwas dichter stehen, als etwa die Zellen der Sehne, gibt es noch in der Umgebung der Gefässe besondere zellige Gebilde. Zunächst viel grössere, den Endothelien ähnliche Zellen, von etwa 0·01 Cm. Durchmesser, deren Kern ganz blassrosa gefärbt und körnig begränzt ist (Fig. 1 *h*, *i*). Der Zellleib ist gewöhnlich platt, substanzarm und liegt gewöhnlich einer Seite des Kernes an. Von ihm setzen sich ebenso substanzarme, blasse verzweigte Fortsätze in verschiedenen Richtungen fort. Viele ähnliche Kerne besitzen überhaupt keinen Zellleib. Namentlich neben diesen Zellen, welche häufig in Reihen angeordnet erscheinen, findet man einzeln oder in Haufen rundliche Zellen mit grossem viel dunkler gefärbten Kerne, die gewöhnlich in kleinen Vacuolen liegen, von der Grösse weisser Blutkörperchen (Fig. 3 *a*).

An Schnitten des in Alkohol gehärteten Gewebes, welche in Picrocarmin oder Hämatoxylin gefärbt wurden, konnte man schon bei geringer Vergrösserung wahrnehmen, dass die Geschwulst keine in gesundes Gewebe eingebettete Masse darstellt, sondern dass sie allmälig in die normale Haut übergeht (Fig. 2 *a*). Man sieht, wie die aus viel dünneren und dichteren Fasern bestehende Geschwulstmasse an der Gränze dickere Fasern aufweist, welche weniger regelmässig gelagert sind und welche immer mehr vorwiegen, bis sie endlich in das wesentlich in anderer Richtung zu dicken Bündeln gelagerte sklerotische oder normale Gewebe der Umgebung übergeht. Die Gefässe sind auch hier von vielen jungen Zellen umgeben (Fig. 2 *b*). Die Epidermis in der Umgebung der Geschwulst geht in die verdünnte papillenlose Decke der Geschwulst derart über, dass zunächst am steilen Abhange derselben (Fig. 2 *c*) die Papillen verlängert und verdünnt in spitzen Winkel zur Oberfläche verschoben liegen (Fig. 2 *d*), — als wenn die Ge-

schwulstmasse sie von der Tiefe her an die Oberfläche gedrückt hätte — und erst auf der Höhe der Geschwulst plötzlich aufhören, wo die Epidermis blos 0·13 Mm. dick ist. In weiten Abständen (von etwa 3 Mm.) finden sich gewöhnlich gerade in die Tiefe verlaufende langgestreckte Haarwurzeln (Fig. 2 *e*) und Talgdrüsen.

Die dichten starren Fasergruppen, welche unmittelbar unter der Epidermis beginnend die Geschwulstmasse zusammensetzen, sind im wesentlichen parallel zur Oberfläche gelagert, doch bilden sie unter sich gewöhnlich sehr spitze Winkel, welche namentlich durch die Lagerung der Gefässe bedingt sind (Fig. 3). Während an der Gränze der Geschwulst die Lymph- und Blutgefässe noch als solche charakterisirt, blos in der Richtung der Fasern ausgezerrt und durch die Anhäufung junger Zellen in der Adventitia verändert sind, verlieren dieselben gegen die Mitte der Geschwulst immer mehr ihren selbstständigen Charakter und imponiren gewöhnlich als niedere, dreieckige (0·015 Mm. bis 0·03 Mm. hohe) Spalten im Gewebe (Fig. 3 *b*), deren zellreiche Wandung allmälig in das Gewebe der Geschwulst übergeht, und deren Lage im Grossen die Faserrichtung bestimmt, doch gehen von derselben schmale Bindegewebszüge aus, die aus breiten, homogenen, glänzenden Fasern bestehen, welche die Faserrichtung der Geschwulst senkrecht kreuzen (Fig. 3 *c*).

Bei stärkeren Vergrösserungen erschliessen sich namentlich Verhältnisse der atrophischen Epidermis, welche ich als Beitrag zum Vorgang der Epithelentartung hier folgen lasse.

Die oberflächlichste Schicht besteht aus einer dünnen, lokkeren, nicht gänzlich verhornten Zell-Schicht (Fig. 4 *a*), deren Protoplasma gewöhnlich im fettigen Zerfall begriffen ist und aus im Querschnitt spindelförmigen Zellen zusammengesetzt erscheint (Fig. 4 *b*). Hierauf findet man Zellen, deren Kern geschrumpft (0·004 Mm. Diam.), zackig begränzt, stärker gefärbt erscheint und in einer durch die Schrumpfung entstandenen Vacuole liegt (Fig. 4 *c*). Die Zellen selbst sind noch gross, vieleckig und durch riffelartiges Gefüge vereint. Die tieferen Schichten des Rete Malpighii sind verdünnt, zwischen den Zellen finden sich oft längliche, durch Hämatoxylin intensiv blau gefärbte, buchtig begränzte, 0·002—0·004 Mm. breite und bis 0·008 Mm. lange, augenscheinlich von den riffelartigen Zellen begränzte homogene, glänzende

Körperchen (Fig. 4 *d*), welche nach der unteren Epithelgränze zu immer häufiger werden und hier rings um sich, oder an irgend einer Stelle der Peripherie entsprechend ihren halbkreisförmigen Ausbuchtungen ein oder mehrere hyaline, kaum gefärbte Bläschen aufweisen, welche namentlich an der unteren Epithelgränze derart überhandnehmen, dass ein grosser Theil der untersten Epithelzellen durch kleinere oder grössere Bläschen ersetzt erscheint (Fig. 4 *e*), an deren Wand die beschriebenen buchtigen Körperchen sitzen. Der Papillarkörper ist gänzlich verstrichen (Fig. 2 *f*); die untere Epithelgränze ist entweder scharf ausgesprochen (Fig. 2 *g*) oder, wie namentlich an der Gränze der Geschwulst mehr verschwommen (Fig. 2 *h*). In erstem Falle folgt nun ein dünnes homogen glänzendes Stratum (Fig. 4 *f*), welches aber an vielen Stellen durch unregelmässige, den erwähnten buchtigen Körpern ähnliche Gebilde durchbrochen erscheint (Fig. 4 *g*). Hierauf folgt eine Schicht unregelmässigen grobfasrigen Gewebes, welches aber dennoch die Charaktere des Geschwulstgewebes aufweist und nach unten allmälig in die regelmässig gefaserte Geschwulstmasse übergeht. Stellenweise gehen von der unteren Epithelgränze stumpfe Fortsätze aus, von welchen sich dünne Fortsätze sklerotischen Bindegewebes gerade nach unten senkrecht auf die Faserung der Geschwulst fortsetzen. An solchen Stellen besteht die unterste Epithelschicht aus besonders langgestreckten Zellen, welche sich nach unten in längliche Bindegewebszellen und Bindegewebsfasern fortzusetzen scheinen (Fig. 4 *h*). Die spärlichen wie schon erwähnt spaltförmigen Gefässe der Geschwulst sind hauptsächlich Lymphgefässe, von gequollenen und vermehrten Endothelien ausgekleidet (Fig. 2 *d*), welche sich in dünne Bindegewebsstränge fortsetzen, die von den Gefässen ausgehend, die Geschwulst grösstentheils quer durchsetzen, offenbar obliterirte Gefässe. Die in diese Züge eintretenden Endothelien werden oft spindelförmig. Der Zellreichthum in der Wandung der Gefässe, an welchen man die einzelnen Häute nicht mehr zu unterscheiden vermag, wird theils durch das Auftreten von Gruppen runder Kerne bedingt, die in kleinen Vacuolen oft in Gruppen liegen (Fig. 3 *a*), und die keinerlei Uebergänge zu den spindelförmigen Elementen der Geschwulst zeigen (Fig. 3 *e*).

Ausserdem sind aber auch die Zellen, welche für die Ge-

schwulst charakteristisch sind, hier in grösserer Anzahl und in grösserem Massstabe, oft mehrere Kerne enthaltend vorhanden und gewöhnlich zu mehreren concentrischen Schichten um die Gefässe gruppirt. Besonders zahlreich sind hier auch grosse blasse Kerne und Zellen, welche in gewissen Richtungen Reihen bilden und oft neben den erwähnten Zellhaufen liegen, wahrscheinlich Endothelien und Perithelien (Fig. 3 *f*). An den spindelförmigen Elementen der Geschwulst beobachtet man häufig körnige und beginnende fettige Entartung (Fig. 3 *g*).

Fassen wir nun die anatomischen Verhältnisse der Geschwulst kurz zusammen:

Schon makroskopisch erkennt man unmittelbar unter der verdünnten Epidermis eine weisse, fast homogene, glatte, derb-elastische Geschwulstmasse, welche seitlich und nach unten durch ein grobes Netzwerk mit einem graulichen, wieder vielfach verfilzten, weniger derben Gewebe innig verbunden ist, das allmälig in normales Gewebe übergeht. Das Mikroskop erweist exquisite Atrophie der Epidermis unter Bildung eigenthümlicher Bläschen und Kerne, namentlich an der unteren Epithelgränze, mit gänzlichem Schwund der Papillen, aber mit erhaltenen atrophischen Haarwurzeln und Talgdrüsen. Die Geschwulst beginnt unmittelbar unter der Epidermis, wird überall an der Gränze unregelmässig gefasert und mit wuchernden Gefässen versehen. Die Geschwulst besteht aus dichten dünnen Fasern, die wesentlich parallel zur Oberfläche stehen. Ihre Structur ähnelt jener der Sehnen, doch ist das Gewebe zellreicher, die Fasern von beschränkter Länge sind oft zu Spindelzellen individualisirt, die Kerne sind grösser und ausser den Spindelzellen finden sich noch Endothelien, welche grösstentheils obliterirten Gefässen angehören.

Die spärlichen Gefässe der Geschwulst, namentlich die Lymphgefässe sind spaltförmig, von wucherndem Endothel ausgekleidet, von ihnen gehen die Geschwulst quer durchsetzende sklerotische Bindegewebszüge aus. In ihrer Umgebung sind endotheliale Zellen, dann runde junge Bindegewebselemente, welche keine Uebergänge in die Zellen der Geschwulst zeigen, in grosser Anzahl vorhanden, und auch die Geschwulstzellen, welche hier oft schichtenweise angeordnet sind, erscheinen hier, sowie an der Peripherie der Geschwulst voluminöser, zahlreicher, oft mit mehreren Kernen versehen.

Vergleichen wir nun diesen Befund mit den Befunden Langhans' und Kaposi's, so erkennen wir in demselben keine der von denselben präcisirten Formen.

Wir haben es mit einer Geschwulst zu thun, die von einer hypertrophischen Narbe durch die Entstehung, durch den Faserverlauf, die Multiplicität, das Verhalten der Gefässe etc. verschieden ist, welche, da sie entschieden idiopathisch entstanden ist, auch kein Narbenkeloid sein kann, und welche doch vom idiopathischen Keloid der Autoren darin verschieden ist, dass sie zur Atrophie des Epithels führte, was einfach dadurch erklärt werden könnte, dass sie eben sehr nahe zur Epidermis entstanden war, und so stärkeren und intensiveren Druck auf dieselbe ausübte, als in anderen Fällen. Aber auch darin ist dieselbe verschieden, dass das Gewebe der Geschwulst keine scharf begränzte Masse bildet, sondern allmälig durch Vermittlung eines unregelmässig-sklerotischen Gewebes in das normale Gewebe übergeht. Es erscheint demnach die Ansicht gerechtfertigt, dass, sowie sich organische und besonders pathologische Bildungen nicht in starre künstliche Systeme zwängen lassen, auch hier histologische Uebergänge zwischen dem idiopathischen und dem Narbenkeloid angenommen werden müssen, und dass sich aus dem histologischen Befunde nicht immer erkennen lässt, ob ein Keloid ein idiopathisches oder ein Narbenkeloid sei.

Wir wollen darum nicht läugnen, dass es sicher sogenannte spontane, scharf begränzte Formen und andererseits Formen gibt, welche ebenso sicher als Narbenkeloide charakterisirt sind, wie dies Langhans und besonders Kaposi histologisch erwiesen haben, doch müssen wir auch charakteristische Keloide annehmen, welche sicher spontan und multipel aufgetreten waren und dennoch alle so sorgfältig erschlossenen histologischen Gegensätze zwischen dem wahren und dem falschen Keloid ausgleichen.

Solche Fälle hindern uns auch nicht eine spontane und eine aus nachweisbarem Reiz, eine mehr umschriebene und eine mehr infiltrirte Form zu unterscheiden, nur hat man sich immer vor Augen zu halten, dass alle diese Formen nur eine Reihe von Vorgängen im cutanen und vielleicht auch im subcutanen Bindegewebe darstellen, welche dieselben sind, wie die bei der Narbenbildung und dass wir immer das Recht haben, von einem

Keloid zu sprechen, wenn mehr oder minder gleichmässige Neubildung von narbenähnlichem Gewebe, welches in irgend einem Stadium auf ein und derselben Höhe der histologischen Entwicklung bleibt, vom umgebenden Gewebe mehr oder minder abgegränzt zu Stande kommt.

Da das Keloid demgemäss durch einen zusammenhängenden histologischen Vorgang entsteht, und da ferner manche Charaktere des Fibroms und des Sarcoms verwischt würden, wenn man die Keloide denselben beizählen wollte, so scheint es nicht zweckmässig die Gruppe der Keloide zu zersplittern; wir sind berechtigt auszusprechen, dass das Keloid eine Geschwulst sui generis, ein klinisch und histologisch gerechtfertigter Begriff sei. Ebenso wenig ist es gerathen, krebsige Bildungen blos ihrer Form und Genese wegen dem Keloid beizuzählen, da wir es beim Krebs mit der Bildung eines Gewebes zu thun haben, welches keine Uebergänge zur charakteristischen Gewebsreihe des Keloids liefert.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VIII.

Fig. 1. Fasern und Zellen des Keloids. (Hartn. Oc. 3, Obj. 8.)

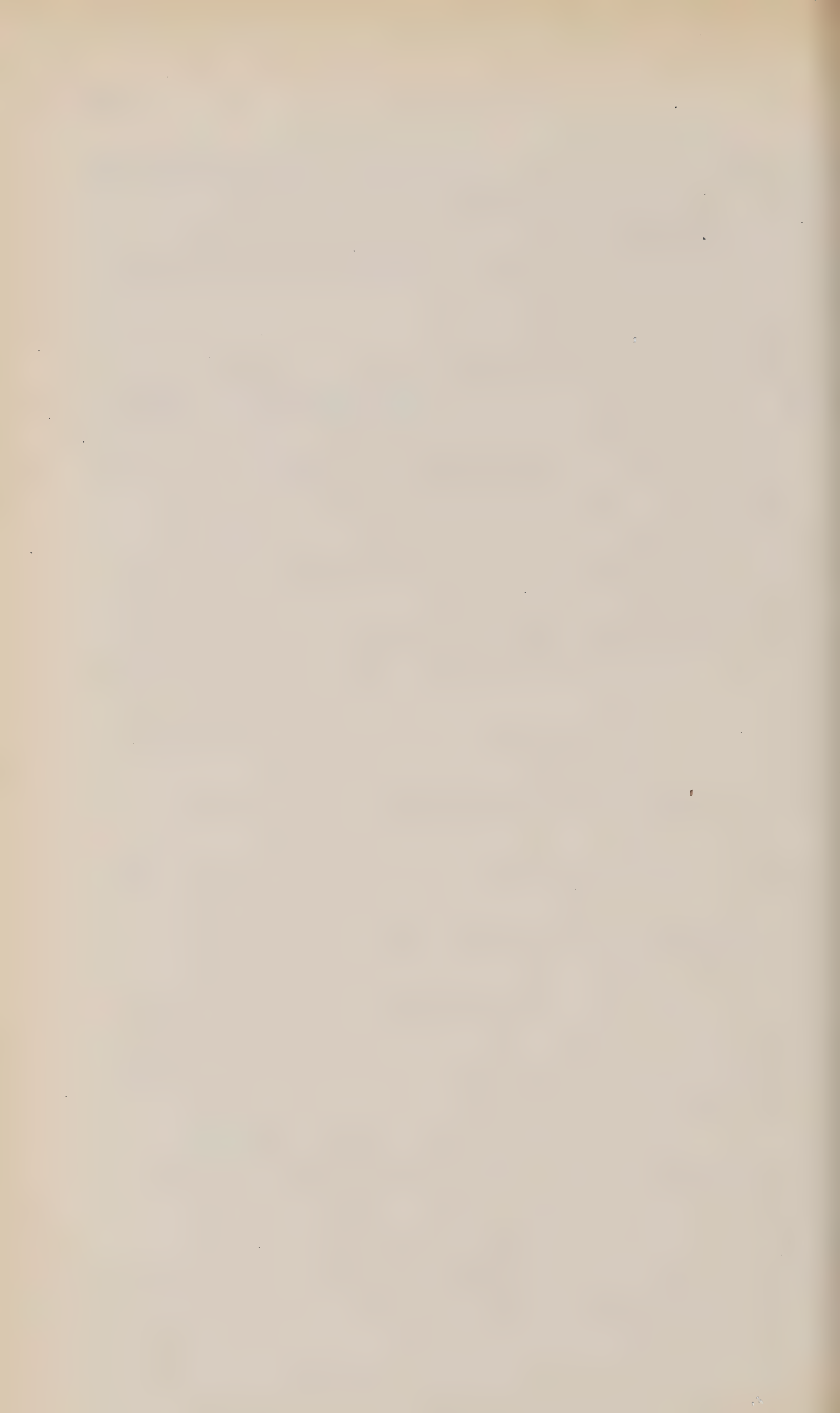
a Seitlich zackig begränzte Faser.
b Mit einem durch seitliche Flügelfortsätze b_1 versehenen Kern.
c Ein den Kernen der glatten Muskelfasern ähnlicher Kern.
d Spindelförmige Zelle.
e, *f*, *g* Verschiedene spindelige Fasern.
h, *i* Endothelien.

Fig. 2. Seitliche Begränzung der Geschwulst. (Hartn. camera lucida Obj. 8.)

a Seitliche Gränze des cutanen Bindegewebes zur Geschwulst.
b Zellanhäufung um die Gefässe der Geschwulstgränze.
c Seitliche Epidermisgränze.
d An die Oberfläche gedrängte Papillen des Geschwulstabhanges.
e Haarfollikel.
f Verdünnte Epidermis der Geschwulst.
g Papillenlose untere Epidermisgränze.
h Verwischtsein der unteren Epithelgränze.

Fig. 3. Lymphgefässe aus der Geschwulstmitte. (Hartnack camera lucida Object. 10. imm.)
a Leucocyten in der Umgebung der Gefässe.
b Lymphspalten.
c Von denselben ausgehender, die Geschwulst quer durchsetzender Strang.
d Wuchernde Endothelien der Gefässe.
e Spindelförmige Geschwulstelemente.
f Grosse blasse Kerngruppen.
g Verfettende Geschwulstelemente.

Fig. 4. Die atrophische, die Geschwulst überziehende Epidermis. (Hartnack camera lucida, Obj. 10, imm.)
a Oberflächlichste, unvollkommen verhornte Schicht.
b Körnig und fettig zerfallende Zellen.
c In Vacuolen liegende geschrumpfte Kerne.
d Unregelmässige intercellulare Gebilde.
e Vacuolen namentlich an der unteren Epithelgränze.
f Stratum lucidum.
g Dasselbe durchbrechende Elemente.
h Nach unten dringende Bindegewebsstränge.



Zur Behandlung des Lupus.

Von

Dr. Eduard Schiff,

Assistent an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Es liegt in der Natur der Sache und die Geschichte der Therapie liefert uns hiezu zahlreiche Belege, dass jene Krankheiten, die einer erfolgreichen Behandlung bisher den grössten und hartnäckigsten Widerstand entgegensetzten, auch die verschiedensten Heilmethoden ersinnen und in Anwendung bringen halfen. Besonders sind es chronische Krankheiten, oder vielmehr Krankheiten von langer Dauer, die den Tummelplatz der widerstrebendsten Meinungen bilden, und zu verschiedenen Epochen, je nach der Mode, siegte einmal die eine, das andere Mal die andere.

Auf dem Gebiete der Hautkrankheiten speciell gibt es Affectionen, auf die in kaleidoskopischem Wechsel die gesammte interne und externe Dermatotherapie in Anwendung gezogen worden ist. Seit kaum einem Vierteljahrhundert besitzen wir erst eine sogenannte rationelle Local-Therapie der Hautkrankheiten, auf deren Basis weiter zu bauen Aufgabe der neueren Forschung ist. Jeder Fortschritt in dieser Hinsicht ist mit freudiger Genugthuung zu begrüssen und wir müssen ihm unsere Anerkennung umso mehr zollen, wenn er denselben Effect in für den Kranken weniger empfindlicher und schonenderer Weise erzielt.

Zweck gegenwärtiger Zeilen ist es, auf eine schon vor mehreren Jahren von Prof. Auspitz publicirte [1]) verbesserte Behandlungsmethode des Lupus, die aber, wie mir scheint, bisher nicht ge-

---

[1]) Diese Vierteljahresschrift 1876 pag. 585 „Ueber die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten."

nügend beachtet wurde, wieder aufmerksam zu machen, und die durch dieselbe erzielten günstigen Heilresultate durch folgende von mir beobachtete fünf Krankengeschichten als Stichproben aus dem überaus reichen Materiale der dermatologischen Abtheilung der allgemeinen Poliklinik zu illustriren.

Bekanntlich ist es die Absicht, durch die moderne Behandlung des Lupus die neugebildeten Lupusknötchen zu zerstören. Ohne uns über die bisherigen bekannten Methoden zur Erreichung dieses Zweckes des Längeren auszulassen, wollen wir nur accentuiren, dass Hebra die Zerstörung der frischen Knoten in der Regel mit einem zugespitzten Lapis-Crayon vornimmt. Dagegen hat Auspitz die Verätzung mit der Volkmann'schen Stichelung zu verbinden gesucht, indem er den von ihm an dem Volkmann'schen Schablöffel angebrachten Stachel vor jedem Einstiche zur Zerstörung des Lupusknötchens in eine Jodglycerinlösung (Jodi pur. 1·0; Glycerini 20·0) taucht, wodurch er eine gründlichere Zerstörung mit rascherem Heilerfolge und minimaler Schmerzempfindung bewirkt.

Auspitz äussert sich darüber (a. a. O.) folgendermassen:

„Gegen die frischen Lupusknötchen, die als die eigentlichen Lupusherde den Beginn des Processes auf der gesunden Haut, sowie dessen Recidive auf der Lupusnarbe darstellen, gibt uns weder der scharfe Löffel, noch die Stichelungslanze ein entsprechendes Mittel. Es bliebe hier nur der Aetzcrayon als einziges Mittel, der aber in der Regel bei der Menge der auftretenden Knoten nicht ausreicht.

„Ich habe nun in dieser Richtung folgende Methode in Anwendung gebracht:

„Ich lasse einen scharfen Löffel an der Rückseite mit einem pyramidenartigen oder conischen Stachel versehen, und steche damit in die einzelnen Knoten ein, nachdem ich den Stachel in eine ätzende Lösung eingetaucht habe. Bei Lupus verwende ich hiezu Jodglycerin, im Verhältniss von 1 Theil Jod zu 20 Theilen Glycerin.“

Meine langjährige Thätigkeit an der allgemeinen Poliklinik setzte mich in den Stand, die bisweilen wahrhaft überraschenden Effecte dieser Behandlungsweise Schritt für Schritt verfolgen zu können.

Diese Behandlung ist in der That dem bisher so beliebten Lapisstifte bei weitem vorzuziehen. Nach einer Richtung jedoch schien mir diese Methode unbequem. Das jedesmalige Eintauchen des Stachels in das Medicament, das ermüdend wirkt, einerseits, andererseits der Umstand, dass beim Einstechen die Flüssigkeit sich nothwendig an der Oberfläche des Knötchens abstreift, und daher nicht in die Stichwunde genügend gelangt, trachte ich dadurch zu vermeiden, dass ich eine kleine Pipette aus Gummi mit einer kurzen Injectionsnadel in Verbindung brachte, wodurch ich in die Lage komme, ähnlich wie beim Schlangenbisse, in dem Momente die Injection auszuführen, in dem ich die Nadel einsteche, ganz abgesehen von der geringeren Schmerzempfindung durch einen Nadelstich im Vergleiche zu der durch einen selbst gracilen Stachel.

Das von Herrn Reiner in Wien nach meiner Angabe verfertigte Instrument besteht, wie gesagt, aus einer etwa 5 Ctm. langen, oben zugeschmolzenen Gummi-Pipette, die unten durch einen Stöpsel aus Hartgummi luftdicht verschlossen ist, in welch letzteren eine etwa $1^1/_2$ Centimeter lange, ziemlich dicke Injectionsnadel eingetrieben ist. Das Instrument dürfte nach meiner Meinung sich auch sonst in allen jenen Fällen verwenden lassen, in denen es sich um tropfenweise subcutane Injectionen handelt.

1. Johanna N., 18 Jahre alt, Dienstmädchen, hat angeblich als Kind an Scrophulose, später an Chlorose und Menstruationsanomalie gelitten. Beim Eintritte in die Behandlung bietet Patientin ein gesundes Aussehen. Halsdrüsen etwas geschwellt. Am linken Vorderarme ein über eigrosses diffuses lupöses nicht exulcerirendes Knötcheninfiltrat. Patientin wurde 2—3 Mal wöchentlich nach der angegebenen Methode behandelt, während sie in der Zwischenzeit Emplastrum hydrargyri applicirte und konnte schon nach drei Monaten aus der Behandlung entlassen werden. Die früher erkrankte Hautpartie zeigte nicht Ein Lupusknötchen, war vollkommen im Niveau der übrigen Hautpartien und präsentirte ein weisses, glänzendes, narbenartiges Aussehen. Ein Jahr später war keine Recidive eingetreten.

2. Olga K., 10 Jahre alt, blass, anämisch, schlecht genährt. Lupus exulcerans auf dem linken Handrücken seit mehreren Jahren bestehend. Reichlich wucherndes Granulationsgewebe, hie und da von verdickter, warzenartig aufgetriebener Oberhaut bedeckt, mit verborkten Geschwüren und auf Narbengewebe neu auftauchenden rothen Tuberkeln abwechselnd, bildet eine apfelgrosse Plaque. Eine ähnliche lupöse Degeneration auf der Innenfläche des linken Vorderarmes. — Das Kind hat geschwollene Lymphdrüsen, aber sonst kräftiges Aussehen und ist gut

genährt. — Dieselbe Behandlung. Dauer derselben 2 Monate. Vollständige Heilung des Lupus auf dem Vorderarme, bedeutende Besserung des Handrückens, so dass alle Geschwüre vernarbt, die Wucherung flach war und nur noch einzelne Knötchen der Behandlung unterzogen wurden. — Patientin blieb aus.

3. Josef S. Fassbinder, 23 Jahre alt, kräftig, angeblich immer gesund gewesen. Sämmtliche Zehen des rechten Fusses von framboesieartigem Lupus hypertrophicus ergriffen. Der Fuss bis an die Knöchel leicht ödematös geschwellt. Behandlung: Stichelung mit Jodglycerin und Emplastr. hydrargyr. Nach drei Monaten war an Stelle der früher erkrankten Hautpartie glattes nicht starres Hautgewebe getreten. Nach $1^1/_2$ Jahren keine Recidive.

4. Anna W., 38 Jahre alt, Fleischhauerswitwe, kräftig, gesund, mit Lupus erythemathosus behaftet, der, beide Wangen und den Nasenrücken ergreifend, die wahre Schmetterlingsform bildet. Die Erkrankung begann angeblich vor fünf Jahren. Auch in diesem Falle wurde die Nase und die linke Wange mit Jodglycerin gestichelt, während die rechte Wange vergleichsweise mit einer Pyrogallussalbe (1 : 10) bedeckt wurde. Beide Methoden hatten sehr guten Erfolg; der Lupus war an den mit Jodglycerin gestichelten Stellen fast geschwunden, auf der rechten Wange war die Affection bis auf die Ausbreitung einer etwa haselnussgrossen Hautpartie reducirt. Ein Jahr lang blieb Patientin aus und stellte sich nach dieser Zeit mit einer leichten Recidive wieder vor, an der sie gegenwärtig seit einigen Wochen mit sichtlichem Erfolge blos nach der Stichelungsmethode behandelt wird.

5. Vor sechs Wochen stellte sich ein 11jähr. Mädchen, Marie K., vor, welches folgenden Status praesens darbot: Allgemeiner Gesundheitszustand befriedigend; dem Alter entsprechend kräftig gebaut. Beide Wangen, die untere Hälfte der Nase, ein Theil der Oberlippe und des Kinns mit Lupus exulcerans behaftet. Zum Theile, besonders auf der rechten Wange durch spontane Heilung, Narbengewebe. Der untere Theil des Nasenknorpels und des Septums fehlen. Affection soll seit Jahren bestehen. Behandlung: tägliche Stichelungen mit Jodglycerin. Schon nach wenigen Tagen sichtliche frappirende Besserung, die bis zum heutigen Tage immer mehr zunimmt. Die rechte Wange ist schon vollkommen lupusfrei; auf der linken Wange und am Kinn sowie an der Oberlippe nur mehr zerstreute Knötchen; auf der Nase hat sich die Affection derart begrenzt, dass man wohl in Kurzem zu einer Erfolg versprechenden Plastik wird schreiten können.

Eine ambulatorische Behandlung bietet der genauen Beobachtung leider grosse Schwierigkeiten, dennoch verschaffte sie mir Gelegenheit, auf Grund meiner bisher gemachten Erfahrungen den Werth der oben angeführten Behandlungsweise des Lupus zu erkennen.

Aus Hofrath Prof. v. Dumreicher's chirurgischer Universitäts-Klinik.

Ein Fall von papillärer Wucherung auf lupösem Boden.

Von

Dr. Maximilian Zeissl,

Operateur an der genannten Klinik.

(Hierzu Tafel IX.)

Ueber wenige Hauterkrankungen ist vielleicht so viel gestritten worden, wie über die von Sauvages unter dem Namen der Framboësie beschriebene Dermatose. Nachdem diese als eine selbstständige Erkrankungsform hingestellte Framboësie namentlich von Kaposi genau studirt und beschrieben ist, ist man allgemein dahin übereingekommen, dass man unter diesem Namen die verschiedensten Krankheitsformen zusammengefasst hat, und dass es am besten ist, diesen Namen als Bezeichnung einer einzelnen bestimmten Erkrankung ganz fallen zu lassen und mit ihm höchstens eine Gruppe von papillären Wucherungen, mögen dieselben durch Syphilis oder Lepra oder irgend eine andere Erkrankung der allgemeinen Bedeckung hervorgerufen worden sein, zu bezeichnen. Eine derartige, auf lupösem Boden entstandene papilläre Geschwulst hatte ich Gelegenheit, im verflossenen Schuljahre an Hofr. v. Dumreicher's Klinik zu beobachten, und will ich dieselbe namentlich wegen des interessanten mikroskopischen Befundes in den nachstehenden Zeilen beschreiben.

W. K., 17 Jahre alt, aus S. in Böhmen gebürtig, wurde am 12. September 1878 im allgemeinen Krankenhause aufgenommen. Derselbe gab an, dass er bis zum Jänner des Jahres 1875 gesund gewesen sei. Zu Anfang dieses Monats bemerkte er in der Haut der

rechten Hinterbacke die Entwickelung einer Geschwulst von der Grösse einer Linse. Die Geschwulst nahm stetig an Grösse zu, und da sich eine ähnliche an der Innenfläche des rechten Oberschenkels zu entwickeln begann, so suchte er ärztliche Hilfe im Wiener k. k. allgem. Krankenhause. Einen Beischlaf hatte der Kranke bis zum Tage seiner Aufnahme noch nie ausgeführt. Der Status praesens vom 12. September 1878 lautet folgendermassen. Der Kranke ist von schwächlichem Körperbau, schlecht genährt. Die Schleimhäute blass, die allgemeine Bedeckung gelblichbraun gefärbt. An der Haut der Brust und des Rückens finden sich zahlreiche Acnepusteln, welche Hauterkrankung bei dem schwächlichen Aussehen des Kranken und seinem sehr schlechten Ernährungszustand als Acne cachecticorum bezeichnet werden muss. Weder an den Genitalien, noch an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle ist irgend ein Zeichen von Syphilis zu sehen. An der rechten Hinterbacke findet sich in der Haut derselben eine nur diese durchsetzende, $1^1/_2$ Ctm. in ihrem Dickendurchmesser haltende, der unterliegenden Musculatur muschelartig aufliegende, auf der Unterlage leicht verschiebbare Geschwulst. Dieselbe ist unregelmässig begrenzt und reicht ihr grösster, 15 Ctm. haltender Durchmesser von der Spina posterior superior bis zum Tuber ossis ischii und lässt sich ihre Gestalt am besten mit der einer hohlen Halbkugel vergleichen, aus welcher ein nach aufwärts sehendes Segment fehlt. Von der Analfurche ist der innere Rand der Geschwulst beiläufig 2 Ctm. entfernt. Die Oberfläche der Geschwulst ist unregelmässig, höckerig, drusig, mit zahlreichen bräunlichweissen Borken bedeckt, an einzelnen Stellen matsche, leicht blutende Granulationen, an anderen Orten den Papillae vallatae der Zunge ähnlich sehende Knoten tragend, welche mit Epidermis und deren Schüppchen bedeckt, eine röthlichviolette Farbe zeigen. Einige dieser papillären Excrescenzen entleeren aus ihrem Centrum übelriechenden Eiter. Das Centrum der Geschwulst ist glatt, anscheinend narbig und röthlichviolett gefärbt. Eine ebensolche kleine, vollständig von einem scharf kreisförmigen Contour umgebene Geschwulst findet sich an der Innenseite des rechten Oberschenkels, welche der Stelle, die vom Hodensack berührt wird, entspricht. Der ganze Process macht den Eindruck, als wie wenn er im Centrum heilen und an der Peripherie weiterschreiten würde. An der Peripherie der kleineren Geschwulst an der Innenfläche des rechten Oberschenkels bemerkt man, dass sich um den Ausführungsgang eines Talgfollikels

ein röthliches Knötchen entwickelt und dass dasselbe allmälig mit der erwähnten Geschwulst confluirte und sich gleichzeitig aus dem erwähnten Ausführungsgang Eiter entleerte. Die Narbe im Centrum wie die ganze Geschwulst ist haarlos. Die rechtsseitigen Leistendrüsen sind mässig geschwellt.

Was die Diagnose anbelangt, so konnte zunächst wegen der langsamen Entwickelung des torpiden Verlaufes und wegen des Mangels aller anderen auf Syphilis deutenden Krankheitserscheinungen Lues umsomehr ausgeschlossen werden, weil man diese Erkrankung voraussetzend, die exulcerirende Geschwulst an der Innenfläche des rechten Oberschenkels als zerfallende Papeln hätte auffassen müssen, welche gewiss an dem sie berührenden Scrotum Abklatschungsgeschwürchen (zerfallende Papeln) hervorgerufen hätten.

Man konnte daher nach dem Aussehen der Geschwulst nur mehr an ein bösartiges Neugebilde, zunächst ein Sarkom oder papilläre Wucherung auf lupösem Boden denken. Die mikroskopische Untersuchung eines beiläufig 1 Quadratcentimeter grossen Stückes ergab eine stellenweise sehr beträchtliche kleinzellige Infiltration des Gewebes und erinnerte am meisten an das kleinzellige Rundzellensarkom.

Was nun die Therapie anbelangt, so musste zunächst darauf gesehen werden, ein Weitergreifen der Geschwulst zu verhindern. Es wurde aus diesem Grunde die Peripherie mit dem Thermocauter von Paquelin cauterisirt. Obwohl nun an einzelnen Bezirken Vernarbung des verschorften Gewebes eintrat, schritt doch der Erkrankungsprocess stetig jenseits des Aetzungsschorfes weiter. Ebenso resultatlos blieben Aetzungen mit Chlorzink und Esmarch's Arsenpaste. Um nun zu einer bestimmten Diagnose durch das Mikroskop zu gelangen, wurde am 20. Mai 1879 in der Narkose ein grosses keilförmiges Stück aus der Mitte der Geschwulst bis auf die Musculatur excidirt und die Wunde durch die Knopfnaht vereinigt. Das excidirte Geschwulststück wurde in kleine Partikelchen getheilt und zum Theile in Müller'scher Flüssigkeit, zum Theile in Alkohol gehärtet. Die gesetzte Wunde heilte in wenigen Tagen per primam intentionem. Dieser Umstand gestattete jetzt mit Sicherheit auch eine bösartige Neubildung, wie Carcinom oder Sarkom, auszuschliessen, da man bis jetzt noch nie beobachtete, dass eine Neubildung, aus der man ein Stück excidirte, trotz der sorgfältigsten Naht wieder heilte. Aber jetzt wurde die Diagnose alsbald klar, in der Peripherie der papillären Wucherung entwickelten sich nämlich

charakteristische Lupusknoten. Rehbraune, stecknadelkopf- bis linsengrosse, von einem röthlich gefärbten entzündlichen Infiltrate umgebene Knötchen. Der das Lupusknötchen umgebende Entzündungswall kommt dadurch zu Stande, dass das Lupusknötchen auf die Haut ebenso irritirend wirkt, wie ein Fremdkörper. Da der Kranke sich weigerte, länger im Krankenhause zu bleiben, so wurde er am 5. Juni 1879 entlassen. Die Diagnose musste auf papilläre Wucherung auf lupösem Boden gestellt werden.

Es erübrigt mir nur noch, die mikroskopische Untersuchung des excidirten Hautstückes vorzunehmen. Dieselbe ergab eine stellenweise in Nestern angeordnete kleinzellige Infiltration, wie man sie im lupösen Gewebe zu finden pflegt und wie es namentlich von Lang und Jarisch beschrieben wurde. Ausser dieser kleinzelligen Infiltration fanden sich in einzelnen Präparaten Exemplare von Riesenzellen und waren mitunter die Blutgefässe und die Drüsen namentlich in ihren Ausführungsgängen mit denselben kleinen zelligen Elementen erfüllt. Ausser dem für den Lupus charakteristischen mikroskopischen Befund konnte ich noch eine andere, soviel ich weiss noch nicht beschriebene Veränderung des Gewebes constatiren. Das Gewebe hatte nämlich an einzelnen erkrankten Stellen die Eigenschaft, sich mit Hämatoxylin oder Methylviolett intensiver blau zu färben als das umgebende Gewebe. Sonst war keine nachweisbare Veränderung derartiger intensiver gefärbter Stellen zu bemerken, so dass man dieselben Stellen, sobald als das Präparat wieder entfärbt war, nicht von dem umgebenden Gewebe unterscheiden konnte. Wie die Entfärbung vorgenommen wurde, werde ich später bemerken. Diese intensiv gefärbten Stellen machten den Eindruck, als wie wenn ein stark gefärbter scheibenförmiger oder elliptischer Körper (s. Fig. 1) in dem Gewebe eingebettet läge. Diese Körper, wie ich diese Gewebsveränderung der Kürze halber nennen will, bemerkte ich zunächst an Präparaten, welche ich mit Hämatoxylin gefärbt hatte. Diese Körper hatten, wie gesagt, entweder eine scheibenförmige oder elliptische Form und unterschieden sich von dem Nachbargewebe nicht durch einen scharfen Contour, sondern nur durch ihre intensivere Färbung mit Hämatoxylin. Bald zeigten sich in den Körpern nur sehr wenige zellige Elemente, wie sich dieselben in dem erkrankten Nachbargewebe fanden, bald waren sie wieder vollständig mit

Zellen erfüllt (s. Fig. 1 u. 2), welche theilweise vollkommen rund, theilweise stäbchenförmig waren. Die runden Zellen färbten sich mit Hämatoxylin intensiv violett, während die stäbchenförmigen stärker lichtbrechend waren und eine mehr rothviolette Farbe zeigten. Das Bindegewebe des umgebenden Gewebes tritt in diese Körper ein und durchzieht dieselben, ebenso werden einzelne derselben von Gefässen durchzogen (s. Fig. 3). Was ihre Lage anbelangt, so finden sie sich sowohl hoch oben im Rete Malpighii, als auch in den dem Panniculus adiposus am nächsten gelegenen Partien der Haut. Gleich deutlich wurden die Körper bei Färbung mit Methylviolett. Wenn ich einen Schnitt, welcher mit Hämatoxylin oder Methylviolett gefärbt solche Körper zeigte, durch Zusatz von Essig- oder Salzsäure, oder die Methylviolett-Präparate mit Alkohol unter dem Mikroskope entfärbte, so liess sich der entfärbte Körper von dem umgebenden ebenfalls entfärbten Gewebe nur durch einen kaum merklichen, wenn man so sagen darf hingehauchten, der Grenze des Körpers entsprechenden Contour unterscheiden. Die Andeutung dieses Contours war aber eine so schwache, dass man auf denselben, wenn man das Präparat nicht zuvor gefärbt gesehen hätte, sicher nicht aufmerksam geworden wäre. Färbte ich ein derartiges Präparat neuerdings mit Hämatoxylin oder Methylviolett, so traten die Körper sofort wieder deutlich zu Tage. Um zu sehen, ob auch auf die Carmin- oder Eosinfärbung die Körper deutlich werden, entfärbte ich in Hämatoxylin gefärbte Präparate und färbte sie wieder in Carmin oder Eosin. An solchen Carmin- oder Eosinpräparaten liess sich von den Körpern keine Spur erkennen. Ich zerlegte das Hautstück, in welchem ich zuerst diese Körper gefunden hatte, vollständig in mikroskopische Schnitte und färbte dieselben zum Theile in Methylviolett, zum Theil in Hämatoxylin. Ich stiess dabei alsbald auf eine Reihe von Präparaten, in welchen sich Körper fanden, welche zum Unterschiede von den oben beschriebenen einen ganz scharfen Contour zeigten, sich mit den genannten Farbstoffen ebenso schwach wie das umgebende Gewebe färbten und ein eigenthümliches glasiges Ansehen zeigten.

Es liegt also der Gedanke nahe, dass wir hier eine Erkrankung des Gewebes vor uns haben, welche bewirkt, dass sich dieses auf umschriebenen Stellen mit Hämatoxylin und Methylviolett

intensiver färbt wie das umgebende Gewebe. Da die scharfcontourirten glasigen Körper vollständig in ihrer Form mit den sich intensiv färbenden übereinstimmen, so liegt die Vermuthung sehr nahe, dass dieselben nur verschiedene Stadien ein und derselben Erkrankung sind. Fragen wir uns nun, für welche Erkrankung der mikroskopische Befund am meisten sprechen würde, so müssten wir sagen für die colloide Degeneration. Da aber bisher über die colloide Degeneration nur verhältnissmässig wenig bekannt ist und namentlich noch keine ausgedehnte colloide Erkrankung eines Gewebes beschrieben und beobachtet wurde, so muss ich mich über diesen Punkt mit der grössten Reserve aussprechen. Ich muss dies umsomehr thun, als für die colloide Degeneration noch keine mikrochemische Reaction existirt und für dieselbe nur die schwache oder gar nicht eintretende Färbung mit Hämatoxylin und das Nichteintreten der Amyloidreaction (namentlich der Jodschwefelsäure-Reaction) als charakteristisch hingestellt wird. Um über diesen Widerspruch hinwegzukommen, müsste man sich eben entschliessen anzunehmen, dass sich das entwickelnde Colloid intensiv mit Hämatoxylin und Methylviolett färbt, mit seiner fortschreitenden Entwickelung aber diese Eigenschaft wieder verliere. Als Stütze meiner Vermuthung kann ich nur anführen, dass Prof. Lang in Innsbruck colloide Massen im Lupus gesehen hat.

Ich beschränke mich also darauf, die oben angeführten mikroskopischen Befunde zu constatiren. Dieselben genau zu deuten, bin ich nach meinen bisherigen Untersuchungen nicht im Stande.

Erklärung der Tafel IX.

Figur 1. Hämatoxylinpräparat. Mehrere Körper theils mit, theils ohne Kerne. Ocul. Nr. I. Objectiv Nr. 7.

Figur 2. Körper von zahlreichen Kernen erfüllt. Ocul. Nr. 2 Obj. Nr. 8.

Figur 3. Körper mit wenig Kernen, welcher von einem Blutgefässe und aus dem benachbarten Gewebe eintretenden Bindegewebe durchzogen wird. Ocul. Nr. 3 Object. Nr. 8.

Figur 4. Ein Präparat, das zunächst mit Hämatoxylin gefärbt die Körper zeigte, mit Salzsäure unter dem Mikroskope entfärbt und dann neuerlich mit Carmin tingirt wurde. Die Körper sind nur durch einen undeutlichen Contour vom Nachbargewebe geschieden. Ocul. Nr. 1 Obj. Nr. 7.

Ueber das Rhinosklerom.

Von

Dr. Otto Schmiedicke

in Berlin.

Von dem Jahre 1870 an finden wir in der Literatur für Hautkrankheiten mehrere Aufsätze über eine eigenthümliche celluläre Neubildung an der Nase, für welche Hebra zuerst den Namen Rhinosklerom gebraucht hat.

Die einzelnen Fälle, welche der Beobachtung Hebra's zugänglich waren, hatten vollständig übereinstimmende Symptome ergeben, so dass er sich sowohl wegen des constanten Sitzes an der Nase und deren nächster Umgebung, als auch wegen der typischen Eigenthümlichkeit der Erscheinungen berechtigt glaubte, dieses Hautleiden als ein Uebel sui generis zu betrachten.

Hebra gebührt demnach das Verdienst, das Leiden zuerst als ein selbstständig eigenartiges beschrieben und benannt zu haben.

Ein sehr charakteristischer Fall von Rhinosklerom, welcher in der Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Breslau meiner Beobachtung zugänglich war und den mir zu überlassen der Director dieser Klinik, Herr Prof. Oscar Simon, die grosse Güte hatte, sowie der Umstand, dass bis auf eine einzige Beobachtung eines italienischen Arztes sämmtliche Veröffentlichungen dieser sehr seltenen Nasenaffection von der Wiener Schule ausgingen, sind die Veranlassung der vorliegenden Schrift.

In die Literatur des Rhinoskleroms werden wir eingeführt durch einen Aufsatz, welchen Hebra in der Wiener medicinischen Wochenschrift (Jahrgang 1870) veröffentlichte, nachdem er an neun Fällen — von welchen später zwei widerrufen wurden, nachdem sie sich als ein anderes Hautübel erwiesen hatten — das zu

erörternde Hautleiden beobachtet hatte, also genügendes Material zu seinen Studien darüber besass.

Mit folgenden Worten leitet er den genannten Aufsatz ein: „Um sich ein Bild von dem eigenthümlichen Neugebilde zu machen, stelle man sich eine derbe syphilitische Sklerose des Praeputium penis in optima forma vor, und transplantire dieselbe im Gedanken theils auf die Gebilde der äusseren Nase, und zwar in einem Falle auf die Nasenflügel, in einem anderen auf den Nasenrücken, theils auf die die Nasenhöhle begrenzenden Schleimhautflächen, oder endlich auf die Haut der die Nase umgebenden Stellen, als Oberlippe, Wange und Stirnglatze.“

Sodann betont Hebra die scharfe Begrenzung der flach über das Niveau hervorragenden Geschwulst, deren Färbung von der normalen Hautfarbe bis zur dunkelbraunrothen variire und resumirt nach kurzer Skizzirung einzelner Fälle und Erörterung seiner Therapie — worauf wir später noch zurückzukommen haben — die den von ihm beobachteten Fällen gemeinsamen Charaktere in folgenden acht Punkten:

1. Constanter Sitz an der Nase und nebenbei, manchmal auch in deren nächster Circumferenz.
2. Absonderliche Härte der ergriffenen Stellen.
3. Höchst langsame Entwickelung des pathologischen Produktes, das in Gestalt theils elfenbeinharter dunkelbraunrother Knoten und Knollen, theils in Induration des normal aussehenden Gewebes auftritt.
4. Scharfe Begrenzung dieser Induration und Mangel von Oedem oder entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung.
5. Mangel jedweder sichtbaren Metamorphose des Neugebildes, da dasselbe weder zerfällt und ulcerirt, noch erweicht und resorbirt wird.
6. Unwirksamkeit jeder innerlichen Behandlung, selbst mittelst der kräftigsten Agentien.
7. Gefahrlosigkeit für den übrigen Organismus, selbst bei jahrelangem Bestehen des Uebels.
8. Unempfindlichkeit und Schmerzlosigkeit, wenn die kranken Stellen unberührt bleiben, dagegen aber heftige Schmerzen, wenn man die dunkelrothen harten Knoten drückt.

Der histologische Befund, denn wir später noch zu erwähnen haben, sowie einige Worte über das Wesen des Rhinoskleroms beschliessen diese erste Veröffentlichung Hebra's. Ausführlicher behandelt bald darauf Kaposi das Thema im zweiten Theil des III. Bandes von Virchow's specieller Pathologie und Therapie (p. 288 fg.).

Exquisit chronisch verlaufend beginnt die Krankheit mit einer Verdickung und Verhärtung der Haut, zumeist an der häutigen Nasenscheidewand, oder dem Rande eines Nasenflügels, von dem ausgehend die Auftreibung in verschiedenen Richtungen an Ausdehnung zunimmt, die Contouren des Naseneinganges in sehr charakteristischer Weise verunstaltend, indem die Nasenflügel aufs äusserste nach auswärts gedrängt werden, während sich die Nasenspitze der Oberlippe nähert, so dass man den Anblick einer platt und breit gedrückten Nase erhält.

Durch das Entgegenwachsen der knorpelharten Massen vom Septum und den Nasenflügeln her tritt bald eher, bald später ein vollständiger Verschluss der Nasenhöhlen ein. Die Härte der so verunstalteten Nasenflügel gestattet keine künstliche mechanische Annäherung derselben. Die ganze Umrandung der Nase ist wie in Elfenbein geformt.

Die Veränderungen der Oberlippe markiren sich meist in harten runden Platten, mit dem Finger deutlich abgrenzbar, wenn auch äusserlich nicht recht sichtbar. Die Veränderungen der Knochen sind minimale, ganz seichte Excoriationen sind das Höchste. Durch Aetzung erreicht man keine Ulceration, sondern nur eine aus exsudirtem Serum gebildete Kruste, die sich nach wenigen Tagen überhäutet.

Es scheint, dass etliche Fälle von Rhinosklerom unter anderen Diagnosen schon vor Hebra in der Literatur vorkommen.

Eine Bemerkung O. Weber's aus dem Jahre 1866 gibt vielleicht dieser Annahme einen thatsächlichen Anhalt. In dem Kapitel über Geschwülste [1]) spricht nämlich Weber über eigenthümliche Schleimhauthypertrophien, welche man als Perisarcom der Nasenlöcher bezeichnen könne.

---

[1]) Pitha, Billroth, Handb. d. allg. Chirurgie. I. Bd. p. 209.

„Sie haben“ — sagt Weber — „eine grob papilläre Oberfläche, sehen graugelblich aus und bestehen aus jungem, wucherndem Bindegewebe, in welches die hypertrophischen Drüsen eingebettet sind. Sie theilen die Eigenschaften der tiefer sitzenden Schleimpolypen und gehen unmittelbar aus der Uebergangshaut der Nasenlöcher hervor. Sie gleichen den Perisarcomen der weiblichen Urethra und scheinen sehr selten zu sein, da ich ihrer nirgends erwähnt finde, obwohl ich zwei solcher Fälle zu operiren hatte. Man muss sie rings mit dem Messer abtragen und durch Einlegung von Bleiröhrchen für die Offenhaltung der Nase Sorge tragen.“

Ferner macht Weinlechner [1]) auf die unter dem Namen Rhinophyma geführte Abbildung im Hebra'schen Atlas aufmerksam mit der Bemerkung, dass dies ein sehr schöner Fall von Rhinosklerom, der erste der sieben Fälle sei, die er bisher beobachtet habe. Dieser Fall wurde im Jahre 1860 als specifisch aufgenommen und demgemäss behandelt, jedoch ohne Erfolg. Die Geschwulst an der Nase bestand 13 Jahre und die Breite der höckerigen Nase war $2^1/_2$ Zoll. Erst später, nachdem Hebra mehrere Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, und seinen Befund über das nunmehr so benannte Rhinosklerom im Jahre 1870 veröffentlichte, konnte man auch als ein solches das Rhinophyma betrachten.

In demselben Jahre (1870) stellte übrigens Hebra in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte einen Fall vor, bei dessen Anblick mehrere Chirurgen äusserten, dergleichen Affectionen schon gesehen zu haben.

Hebra selbst gibt auch in seiner ersten Veröffentlichung an, durch einen Fall von Rhinosklerom, den er in Behandlung hatte, an einen ähnlichen erinnert worden zu sein, den er bereits im Jahre 1852 in Paris an einer älteren Dame gesehen hatte, welche trotz der günstigen Vermögensverhältnisse, welche ihr die Benützung sämmtlicher Koryphäen der Wissenschaft gestatteten, ihr Uebel bis zu ihrem im hohen Alter erfolgten Lebensende behielt.

Einige Krankengeschichten, welche ich der Literatur entnahm, mögen dazu dienen, das Bild vorzüglich nach der klinischen Seite zu erweitern. Mikulicz [2]) gibt drei Fälle wieder, von denen der

[1]) Siehe dieses Archiv 1872.

[2]) Archiv f. klin. Chirurgie von v. Langenbeck 1877.

eine, ein 52jähriger Handelsmann aus der Bukowina, bereits 16 Jahre vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus an der inneren Seite des linken Nasenflügels ein Knötchen bemerkte, welches durch sein Wachsthum dem Patienten schliesslich Beschwerden verursachte, die ihn ärztliche Hilfe aufzusuchen hiessen.

Da sich schon beim Beginne der Erkrankung Veränderungen des weichen Gaumens gezeigt hatten, wurde die Diagnose auf Syphilis gestellt; die demgemäss eingeleitete Behandlung war vollständig erfolglos; im Gegentheil, die Entartung schritt langsam fort. Es wurde die Nasenspitze, der rechte Nasenflügel und der mittlere Theil der Oberlippe hart, braunroth.

Die Nasenlöcher verwuchsen vollständig. Luft durch dieselben zu holen, wurde unmöglich. Vor dem vollständigen Verschluss der Nase hatte der Process auch auf die nächsten Partien der Wangen und die Seitentheile der Oberlippe übergegriffen. Auch die Unterlippe blieb nicht verschont und zwar wurden die äusseren Theile von den Mundwinkeln her befallen. Hier drohte nun ein vollständiger Verschluss der Mundhöhle einzutreten, die Mundöffnung wurde immer enger, die Ränder immer unnachgiebiger; dieser Zustand hatte ihn bewogen, in der Klinik Billroth's Hilfe zu suchen.

Die auf Wunsch des Patienten unternommene Operation hatte den Zweck, die Nasenlöcher wieder herzustellen und die Mundöffnung zu erweitern. Vierzehn Tage darauf wurde Patient mit folgendem Status entlassen:

Mundspalte von normaler Weite, an den Winkeln etwas nach abwärts gezogen. Unterlippe weich und nachgiebig. Die Nasenlöcher liegen den eingeführten Bleiröhren eng an. Athemholen war gleich nach der Operation ermöglicht. Was noch die Mundhöhle betrifft, so war der harte Gaumen in der Mitte von unregelmässigen Narben durchsetzt, welche nach hinten zum weichen Gaumen verlaufen und in die daselbst sichtbaren Narben übergehen. Uvula fehlt. Der Rest des weichen Gaumens ist von einem sehnig glänzenden resistenten Rande eingefasst.

In einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. October 1879 erwähnt Billroth einen Fall, der dem eben geschilderten identisch zu sein scheint, und zwar betrifft er ein Rhinosklerom der Nase, Oberlippe und Mundwinkel, bei dem etwa

alle 2 Jahre die Stomatoplastik ausgeführt werden muss, um die immer wieder eintretende Stenose zur Mundöffnung zu beseitigen. Er wurde zur Erwähnung dieses Falles bewogen durch seine Ansicht über das Wesen des Rhinoskleroms; wir haben darauf noch zurückzukommen.

Ein zweiter Fall, der im Jahre 1872 von Geber[1]) beschrieben und vorher von Kaposi erwähnt ist, betrifft eine 25-jährige Magd aus Mähren, welche über die Veranlassung ihres Leidens keine nähere Auskunft zu geben vermochte.

Seit 3 Jahren konnte sie nur mit offenem Munde athmen. Im Laufe dieser Zeit bemerkte sie auch Schmerzen beim Verschlucken härterer Speisen. Nach den Aussagen der Patientin ist anzunehmen, dass die Affection an der Nase früher bestand.

Die Aufnahme erfolgte am 2. August 1871. Das Aussehen und Allgemeinbefinden derselben ist sehr gut; Genitalien rein, virgo intacta.

Die wegen Verdachtes auf Syphilis eingeleitete Cur war erfolglos; erst nach localem Gebrauch von Lapis infern. änderte sich der Zustand so weit, dass die Nase für die Respiration frei wurde, und die Schmerzen beim Schlucken aufhörten. Patientin wurde am 3. October 1871 gebessert entlassen, wurde aber ambulant behandelt, was jedoch durch eine Erkrankung an Typhus unterbrochen werden musste, so dass nach der Genesung vom Typhus der alte Zustand wieder eingetreten war.

Gegen Ende December 1872 kam sie in Behandlung Hebra's. Der Status ergibt wie vorher den sklerosirten Nasenrücken, die Unmöglichkeit der Annäherung der Nasenflügel an die Scheidewand. Die Uvula ist verkümmert und wenig beweglich. An den Gaumenbögen und an der hinteren Rachenwand befinden sich protuberanzenartige Bildungen. Der harte Gaumen und vordere Theil des weichen Gaumens sind verschont. Ein ulceröser Process ist nirgends zu bemerken. — Soweit berichtet Geber über diesen Fall; die weiteren Notizen entnahm ich einem Aufsatze von Mikulicz.

Die Behandlung geschah mit Arg. nitr. nach vorheriger Excision, nebst Erweiterung beider Nasenlöcher mittelst Pressschwammes; für einige Wochen war somit der Zustand wieder etwas erträglicher; am 10. Febr. 1873 wurde sie wieder aufgenommen, ihr Zustand war der

[1]) Dieses Archiv 1872.

bei der ersten Aufnahme, dieselbe Behandlung ermöglichte eine Besserung, worauf die Entlassung erfolgte. Am 11. September des folgenden Jahres, also etwa 15 Monate nach zuletzt erfolgter Entlassung, liess sie sich wieder aufnehmen und zwar in die Klinik Billroth's.

Der Zustand der Patientin war insofern ein weit schlimmerer, als der Isthmus faucium durch die Infiltration des weichen Gaumens und seiner Umgebung sich auf die Hälfte seiner früheren Weite reducirt hatte.

Die Hoffnung, durch innerliche Verabreichung von Arsen und parenchymatöse Injectionen von Sol. Fowl. die Infiltration energisch angreifen zu können, bestätigte sich nicht, trotz einer fünf Monate lang fortgesetzten Behandlung. Es wurden daher wieder mit scharfen Instrumenten die Wucherungen in den Nasenhöhlen möglichst entfernt und die Tamponade mit Liqu. ferri angewandt. Die in Folge dieser Operation nicht wegsamer gewordene Nasenhöhle wurde nun nach der Mundhöhle hin genau untersucht und es zeigte sich eine vollständige Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. Die einfache Trennung der starren Gewebe genügte nicht, die Schnittflächen wichen nicht auseinander, so dass sich Billroth zur Excision eines Streifens aus dem weichen Gaumen genöthigt sah. Die Communication war darnach hergestellt, in zwölf Tagen erfolgte die Heilung. Der Erfolg der Operation war jedoch hinsichtlich der Wegsamkeit der Nasenhöhlen ein vorübergehender, indem sich die Löcher von Tag zu Tag verengerten und das Einlegen von Bleiröhren erheischten. Eine hinzugekommene Schwangerschaft scheint die Wucherung in der Nase sehr begünstigt zu haben, indem dieselbe sehr anschwoll und harte Wucherungen um die Bleiröhren herum hervorwuchsen. Nach der normal verlaufenden Geburt und dem Wochenbett liess sich die Kranke wieder aufnehmen. Es wurde eine ausserordentliche Ueberhandnahme der Infiltration constatirt, welche einen operativen Eingriff nöthig machte.

Auffallend erscheint es bei diesem Falle, dass fast ein Jahr nach der oben erwähnten Excision eines Streifens aus dem weichen Gaumen ein Zusammenwachsen desselben nicht stattgefunden hatte.

Ein dritter von Geber mitgetheilter Fall betrifft einen 22jährigen Maurer aus Mähren, der den Anfang seines Leidens auf einen Schlag zurückführt, den er in seinem 14. Lebensjahr auf die Nase erhielt. Beginnend mit sich immer erneuernden Borkenbil-

dungen trat nach und nach eine Verengerung der Nasenhöhlen ein, die ihn zur Aufnahme ins Krankenhaus nöthigte.

Auch hier ward die erste Diagnose auf Syphilis gestellt, jedoch ebenso erfolglos wie in früheren Fällen behandelt. Patient erkrankte während seines Aufenthaltes im Krankenhause an den Blattern und endete letal. Es war dies ein Fall, bei welchem das Rhinosklerom auf die Oberlippe übergegriffen hatte, während die Schleimhaut der Mundhöhle normal war. Allgemeinbefinden war gut, Aussehen frisch. Die Excision eines Stückes aus den mit der Neubildung erfüllten Nasenhöhlen ermöglichte die mikroskopische Untersuchung, auf welche wir noch zurückkommen werden.

Ein vierter Fall, auch von Geber mitgetheilt [1]), betrifft eine 30jährige Kaufmannswitwe aus Galizien, welche schon in ihrem 15. Lebensjahr ohne erinnerliche Veranlassung eine Verdickung des Nasenrückens bemerkte, mit zunehmenden Athmungsbeschwerden.

Operative Eingriffe hatten vorübergehende Erfolge, nach und nach wurde auch die Mundhöhle ergriffen und zwar der Zahnfächerfortsatz und die Lippenschleimhaut, so dass diese von dem ersteren nicht mehr abhebbar war. Ein Geschwürsprocess war auch hier nirgends zu erkennen. Allgemeinbefinden gut. Functionen der übrigen Organe normal.

Noch weitere zwei Fälle beschreibt Hebra jun. [2]), die im Wesentlichen dieselben Erscheinungen darboten.

Der erste Fall, eine 21jährige Wärterin, zeigte die beiden Nasenhöhlen ausgefüllt von einer derben, leichtblutenden, von mehr weniger normal aussehender Schleimhaut bedeckten Neubildung, welche jede Durchgängigkeit aufgehoben hatte. Das Gebilde reicht im Nasenrachenraume so weit herunter, dass es hinter dem Velum sichtbar wurde und auch dort eine vollständige Obturation herbeigeführt hatte. Im Uebrigen ist das Aussehen der Patientin vortrefflich. Die übrigen Organe functioniren normal, Aetzungen und Excisionen hatten nur vorübergehende Erfolge.

Der Zustand des zweiten Patienten war diesem sehr ähnlich, nur waren die Nasenhöhlen von der Wucherung noch mehr ausgefüllt. Dieselbe Nutzlosigkeit jeder Medication.

[1]) Diese Vierteljahrsschrift 1876.

[2]) Ebenda 1875.

In neuerer Zeit stellte Jarisch [1]) in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien eine 41 Jahre alte Frau vor, die seit sieben Jahren an Rinosklerom leidet. Die Neubildung greift von der Nase, die in ihrem ganzen knorpeligen Antheil ergriffen erscheint, auf die Oberlippe über und durchsetzt dieselbe in ihrer ganzen Ausdehnung. Der weiche Gaumen fehlt ganz und ist durch Narbengewebe durchsetzt. Die Communication zwischen Nase und Nasenrachenraum ist auf eine federkieldicke Oeffnung reducirt. Der Larynx ist stenosirt, die Stimmbänder sind nur wenig beweglich, grauroth, höckerig, uneben.

Ausser diesen von der Wiener Schule mitgetheilten Fällen sind noch von Tanturri in Neapel und Theobaldo Ricchi je ein Fall beschrieben worden, der letztere wird von Mikulicz als Rhinosklerom angezweifelt. Der erstere ist wegen der Deutung des Beobachters interessant, wir kommen auf ihn noch bei der Frage nach dem Wesen der Affection zurück. Die englische und französische Literatur bringt keine eigenen Beobachtungen. Hier und da findet man übersetzte Mittheilungen aus dem Aufsatze von Hebra.

Was nun unseren vorliegenden, auf der Klinik des Herrn Prof. O. Simon in Breslau beobachteten Fall betrifft, so wird die Ausführlichkeit in der Angabe der einzelnen Daten vielleicht durch das Interesse entschuldigt, welches gegenüber dem Umstande, dass alle bisherigen Beobachtungen über diese seltene Krankheit von der Wiener Schule ausgingen, den Verfasser dieser Schrift zur Veröffentlichung eines Falles bestimmten, der meines Wissens in Deutschlands Grenzen als erster seiner Art beobachtet ist.

Es handelt sich um eine 28jährige Bäckerstochter aus Patschkau (Schlesien), nach deren Angabe im Jahre 1871 beiderseits Schwerhörigkeit mit gelblichem Ausfluss bestand; diese Beschwerden verloren sich nach 3 Jahren. Ein Jahr später (also 1875) soll sich nach Angabe des dortigen ordinirenden Arztes in der linken Nasenbeingegend ein Polyp befunden haben, nach dessen Exstirpation die Athmungs- und Sprachbeschwerden schwanden. Im Juli 1876 fanden sich „polypöse Geschwülste“ (der ordin. Arzt) am unteren Theil beider Nasenhälften. Die Exstirpation nebst nachfolgender Aetzung machte zwar die Beschwerden beim Athmen und Sprechen schwinden, Patientin

[1]) Wiener med. Presse Nr. 44. 1879.

hatte jedoch immer das Gefühl eines fremden Körpers zwischen der Nasenscheidewand und den Nasenflügeln. Allmälig stellte sich auch wiederum eine Anschwellung der Nase ein, der sich eine Entzündung des linken Auges zugesellte. Eine im December desselben Jahres eingeleitete Cur, welche durch die Vermuthung einer skrophulösen Diathese indicirt schien — bestehend in Jodkali und Eisenleberthran — hatte zwar angebliche Besserung zur Folge, wurde jedoch von der Patientin ausgesetzt, da sie dieselbe nicht vertrug. Seit dieser Zeit, also Anfang 1877, brauchte Patientin nichts, die Wucherungen nahmen sehr rasch zu, so dass Patientin am 20. Mai 1879 die Klinik des Prof. Simon aufsuchte.

Die Inspection ergab Folgendes:

Die Nase ist in ihrer unteren Partie auffällig verbreitert, bis zur Breite von 5 Ctm. Die Haut an ihrer Oberfläche unverändert, nur die untere Hälfte des rechten Nasenflügels ist livid gefärbt. Die Nasenscheidewand sehr breit und abgeplattet. Die Nasenlöcher sind durch eine mit dünnen, leicht abnehmbaren, gelben, bisweilen gelbbraunen Schorfen bedeckt, unter denen sich eine nässende Oberfläche verbirgt. Diese Massen verstopfen den Eingang in die Nasenlöcher total, doch gelingt es leicht, mit einer stumpfen Sonde diese Massen zu durchbohren. Die ganze Geschwulst fühlt sich elfenbeinhart an, verursacht das Gefühl der Spannung und ist spontan schmerzlos. Bei Betrachtung des Mundes fällt die eigenthümliche starre Unbeweglichkeit des gesammten weichen Gaumens auf. Derselbe fühlt sich ebenso fest und derb an, wie die Geschwulst der Nase. Bei der Phonation ist die Beweglichkeit des weichen Gaumens eine minimale. Es besteht eine Verschmelzung der Uvula und beider Arcus palatoglossi und glossopharyngei zu einer gleichmässig unbedeutend hervorgewölbten Masse, auf ihrer Oberfläche weisslich belegt, ohne besondere Schmerzhaftigkeit beim Sprechen oder Schlingen. Der Nasenrachenraum ist nicht auffällig verengert, doch ist eine Rhinoskopie von hinten her vorzunehmen unmöglich. Unter stetem Gebrauch von Solut. arsen. Fowl. scheint eine Erweichung eingetreten zu sein, doch ist die Geschwulstmasse unterhalb des Sept. narium zwischen diesem und Oberlippe durchgewuchert und hat das Septum und die ganze Nase nach oben emporgehoben. Am 3. Juli 1879 wurde die Exstirpation eines keilförmigen, kleinhaselnussgrossen Stückes aus dem Nasenloch gemacht, wodurch Material zur später zu besprechenden histologischen Unter-

suchung geliefert wurde. Es fiel beim Einschneiden ein Knirschen des Messers und die grosse Härte der Geschwulstmassen auf.

Auf Wunsch der Patientin erfolgte am 23. Juli die Entlassung mit folgendem Status: Die Nase zeigt an ihrer Aussenfläche eine normale Haut, während die Innenfläche von der Neubildung eingenommen ist, welche auch die Hälfte des Septum narium cutaneum occupirt. Die Alae nasi sind auseinandergeworfen, deren grösste Breite ist 5 Ctm. Die linke Hälfte ist stärker als die rechte, die Nasenhöhlen sind von den wuchernden Massen auf der rechten Seite ganz ausgefüllt, auf der linken Seite fehlt das keilförmig excidirte Stück. Die Oberfläche des Tumors ist braunröthlich glänzend, von einer feuchten, weisslich gelben Flüssigkeit bedeckt, die stellenweise zu Borken eingetrocknet ist. Die Ränder des Tumors sind scharf begränzt, an der äusseren Gränze zeigt sich eine neugebildete hellrosafarbene Ueberhäutung. Die Alae nasi und der Nasenrücken fühlen sich elfenbeinhart an, während die nässenden Stellen etwas weicher sind. Auf der Oberlippe nimmt der Tumor das obere Drittheil ein und endet hier mit einer wallartigen Prominenz. Der Zustand im Innern des Mundes ist insoweit verändert gegen die erste Inspection, als die Uvula gänzlich fehlt; man fühlt rechts und links an der früheren Anheftungsstelle derselben zwei feste elfenbeinharte, säulenartige Bildungen, in die Tiefe, nach dem Pharynx hinuntergehend, etwa einen Zoll lang. Die Oberfläche dieser Bildung ist glatt, mit einem weisslich rothen Epithel bedeckt. Schmerzen sind nirgends vorhanden. Es gelingt bei der Exspiration sehr mühsam durch die linke Nasenhälfte etwas Luft zu drängen.

Patientin wurde mit der Anweisung entlassen, Sol. Fowl. innerlich zu nehmen und local Watte mit Ungt. pyrogallicum (Acid. pyrogall. 9,0 Vaselin. 45,0) aufzulegen. Am 29. September, also nach drei Monaten, stellte sich die Patientin wieder vor.

Die Inspection ergibt heute eine bedeutende Verkleinerung der Nase nach allen Dimensionen. Der grösste Querdurchmesser zeigt gegen früher eine Abnahme von einem halben Centimeter. Am auffallendsten ist jedoch das Herabsinken der Nasenspitze auf die Oberlippe. Namentlich ist die rechte Nasenhälfte, welche in geringerem Masse und später intumescirt ward, auffallend flach und die Furche zwischen Nasenflügel und seitlichem Nasendach sehr wenig ausgeprägt im Verhältniss zum linken. Die Farbe der mit Haut bedeckten Partie

ist eine mattrothe, der frühere livide Schimmer ist total verschwunden. Jede der beiden Nasenöffnungen bildet einen Kegel von 1 Ctm. Höhe, eine schliessliche Oeffnung in die Nasengänge ist nicht sichtbar, jedoch ist bei einer starken Exspiration links ein Ausströmen der Luft vorhanden. Das Septum ist noch stark verbreitert und geht ohne Trennung in die normale Oberlippe über. Die Palpation ergibt die frühere Elfenbeinhärte, jedoch sind die beiden Nasenflügel leicht beweglich über ihrer Unterfläche. Die offen zu Tage liegenden Flächen der Naseneingänge sind oberflächlich granulirend, mit einem guten Epithelsaum umrandet, der Zustand im Halse ist unverändert, die Uvula fehlt vollständig, die Gaumenbögen beiderseits sind in eine grauweissliche, starre, glänzende, ebenfalls harte resistente Masse verwandelt, die auch bei der Phonation vollständig unbeweglich bleibt, nur das Gaumensegel zeigt eine leichte Hervorwölbung beim Sprechen. Eigentliche Schlingbeschwerden hat die Patientin nicht, nur ist sie genöthigt, alles sehr klein vertheilt hinunterzuschlingen; scharf reizende Substansten, z. B. Glühwein verursacht der Patientin Schmerzgefühl und vorübergehende Athemnoth. Die Sprache ist näselnd.

Nach kurzer Vorstellung reiste die Patientin wieder ab, um sich am 18. October 1879 aufnehmen zu lassen. Von da ab wurden die zugänglichen Stellen täglich mit Unguentum pyrogallicum geätzt, nachdem durch vorherige Excision eines kegelförmigen Stückes aus den Nasenhöhlen Raum für die aufzulegenden Wattetampons geschaffen war. Diese Behandlung ergab im Verlauf von 10 Wochen ein ausserordentlich günstiges Resultat, indem die Wucherungen innerhalb der Nasenhöhlen allmälig verschwanden und schliesslich eine Communication mit dem Nasenrachenraum zuliessen. Sehr wichtig erscheint das Schwinden der „Elfenbeinhärte“ der Nasenflügel; dieselben fühlen sich weich an, die Nase nach allen Dimensionen bedeutend verschmächtigt und fast zur Norm zurükgekehrt; besonders auffallend waren einem hiesigen Hospitalarzt die Veränderungen der Nase, welcher die Patientin nach ihrer ersten Vorstellung im Mai 1879 bis Ende December 1879 nicht gesehen hatte.

Nach Mittheilung dieser Fälle liegt es nahe, Vergleiche unter denselben anzustellen, um der Frage näher zu treten, ob gewisse Alters- oder Geschlechts-Verhältnisse etc. zur Annahme einer Prädisposition berechtigen. Unter den ersten sieben von Hebra genannten Fällen waren drei Männer und vier Frauen befallen, bei

den hier aufgeführten sechs Fällen waren zwei Männer und sechs Frauen betheiligt.

Es würde demnach ein Verhältniss von 5 : 8 herauskommen, Zahlen, die natürlich nicht genügen, irgend einer Annahme einen Anhalt zu geben.

Eine hereditäre Anlage tritt in den Anamnesen der betreffenden Patienten auch nicht hervor, die Angaben derselben lassen nichts derartiges vermuthen und dass solche Veränderungen im Gesicht der Eltern, resp. Geschwister den Patienten nicht erinnerlich wären, ist nicht anzunehmen.

Was die Localisation der Neubildung betrifft, so waren von den neun Fällen, welche Hebra in seiner ersten Veröffentlichung anführte, sieben nur an Nase und Oberlippe, und zwei zugleich an der Wange und Stirnglatze betroffen und diese zwei Fälle wurden später als Rhinosklerom widerrufen; bei den eben genannten sechs Fällen stellt sich das Verhältniss so, dass nur ein Fall auch Veränderungen an der Wange darbot, während die übrigen höchstens den der Nase angrenzenden Theil der Oberlippe mitergriffen zeigten.

Von dreizehn Fällen waren also nur bei einem auch Veränderungen an der Wange und Stirnglatze, während dagegen bei allen die Affection den Isthmus faucium, den weichen Gaumen und die Uvula befiel.

Es scheint demnach die Tendenz der Fortpflanzung vorzugsweise auf der Schleimhaut vorhanden zu sein.

Traumatische Veranlassungen sind in der Mehrzahl der Fälle nicht vorhanden, nur ein einziger leitet, meines Wissens, die Erkrankung von einem Schlag auf die Nase ab.

Nicht unwichtig erscheinen die Altersgrenzen, in welchen sich das Auftreten des Rhinoskleroms bewegt, und zwar zeigt sich bei keinem der angeführten Fälle der Beginn vor dem fünfzehnten und nach dem fünfunddreissigsten Lebensjahre. Das Auftreten solcher Neubildungen in der Pubertätszeit oder überhaupt in bestimmten Lebens-Abschnitten kann nicht sehr auffallen; Virchow[1]) macht in seinen Vorlesungen über Pathologie darauf aufmerksam, dass im Allgemeinen sehr viele Erkrankungen erst nach einer gewissen

[1]) Virchow, Geschwülste, Bd. I. pag. 63 ff.

Lebensdauer, oft in bestimmten Perioden z. B. bei Frauen mit den Abschnitten des Sexuallebens sich einstellen.

In diesen Fällen — sagt Virchow, müssen wir nothwendig schliessen, dass die Gewebe, welche einen bestimmten Theil des Körpers zusammensetzen, nicht ganz glücklich gebildet sind, dass sie in der Weise eingerichtet sind, dass sie bei gewissen Störungen, bei gewissen äusseren Einwirkungen, die sie erfahren, nicht wieder in vollständig ordnungsmässiger Weise ihre Störungen ausgleichen, ihren Zustand reguliren können.

Unzweifelhaft muss es dafür einen anatomischen Grund geben, der nur in dem feineren Bau dieser Theile gesucht werden kann.

In der Regel handelt es sich dabei um bestimmte Organe, wie die Lunge, die Haut und die Schleimhäute gewisser Gegenden.

Letztere sind es gerade vorzugsweise, welche auf einfache entzündliche Erkrankungen so oft mit einer Geschwulst reagiren, so sind z. B. die Polypen der Nase zu erklären, welche ihrerseits wiederum der Sitz neuer Erkrankungen werden können. (Virchow. l. c.)

Dieser Auffassung entspräche der vorliegende Fall, und auch aus den anderen Krankengeschichten scheint der Anfang des Rhinoskleroms auf eine entzündliche Hyperplasie eines chronisch entzündlichen Nasenrachenkatarrhs zurückzuführen zu sein; darauf weisen hin die von so vielen Patienten angegebenen Bildungen von Borken, die gewöhnlich als Beginn der Erkrankung bemerkt werden.

Bevor wir jedoch diesem Punkte, der das Wesen des Rhinoskleroms betrifft, näher treten, dürfte es zweckmässig sein, den histologischen Befund, speciell des vorliegenden Falles, näher zu würdigen.

Die Untersuchung des excidirten Stückes im vorliegenden Fall ergab unter einer an manchen Stellen verdickten Epidermis keine auffallenden Veränderungen der Reteschicht. Als einzige Abnormität erschien eine leichte Hyperplasie der Retezellen, welche namentlich an ihrem Stachelapparat hervortrat.

Die eigentliche Cutis zeigte eine dichte Zelleninfiltration, welche sich durch die intensiv gefärbten Kerne scharf abgrenzte.

In den tieferen Schichten des Corium wurde die Infiltration durch starke Bindegewebszüge unterbrochen, die an einzelnen

Schnitten, und zwar in den tieferen, also älteren Schnitten der Neubildung durchaus prävalirten. In diesem Gewebe bin ich geneigt den Grund für die „Elfenbeinhärte“ der ergriffenen Stellen anzunehmen.

Zahlreiche Gefässlumina wurden in diesen tieferen Schichten sichtbar, an ihrer Peripherie von einem Hof dichtgedrängter Zellen umgeben.

Die Gestalt und Grösse der Zellen betreffend, erreichten dieselben die Grösse der rothen Blutkörperchen, im Inhalt waren ein bis zwei Kerne sichtbar, dieselben waren sehr intensiv gefärbt. Die Gestalt der Zellen variirt von der runden zur ovalen und Spindelform, theilweise mit Fortsätzen versehen.

Dieser Befund trifft mit den Beobachtungen der Wiener Schule zusammen. Die eingehendsten Beobachtungen über den histologischen Charakter der Neubildung sind von Mikulicz in seiner oben schon einmal citirten Arbeit gemacht worden. Derselben entnehme ich folgendes Resumé:

„Die infiltrirten Rundzellen erleiden im Verlauf ein verschiedenes Schicksal. Die einen wandeln sich in Spindelzellen um und weiter in Bindegewebe, welches ein mehr oder weniger dichtes Maschenwerk bildet und den Rest der Rundzellen einschliesst. Diese aber bleiben eine geraume Zeit unverändert und gehen erst dann nach und nach zu Grunde, so dass nur das schrumpfende Bindegewebe übrig bleibt. Durch den späten und ganz allmäligen Zerfall der Rundzellen kommt es, dass das Rhinosklerom lange Zeit hindurch in demselben Zustande zu verharren scheint, und dass sich erst nach Ablauf von vielen Jahren auch äusserlich der Schwund und die Schrumpfung zu erkennen geben. Ein spontaner Zerfall mit Anhäufung der Zerfallsprodukte zu Herden kommt nicht vor; nur ganz oberflächliche Zerstörungen finden sich stellenweise und sind wahrscheinlich immer durch locale Insulte bedingt.“

Von Interesse sind noch einige Beobachtungen Billroth's, welche ich dem schon citirten Aufsatz der medicinischen Presse entnehme und zwar bezüglich des Falles, bei welchem alle zwei Jahre die Stomatoplastik vorgenommen werden muss.

Billroth sagt darüber: In den exstirpirten harten Massen ist von der anfänglichen kleinzelligen Infiltration nichts mehr wahrzunehmen. Sie bestehen grösstentheils nur aus sehr starrem, derbem

Narbengewebe. Bei der letzten Operation ereignete es sich, dass das Messer nicht mehr frei durch das Gewebe hindurchdringen konnte. Es war die Narbe vollständig verknöchert und wie die nähere Untersuchung ergab, handelte es sich nicht etwa um Kalkablagerung, sondern um Bildung wahren Knochens in der enorm sklerosirten Narbe. Das Periost der Kiefer war weder vor der Erkrankung, noch bei der Operation in Mitleidenschaft gezogen. Es spreche dieser Befund entschieden gegen die Ansicht, dass das Rhinosklerom eine sarcomatöse Bildung sei.

Diese letztere Ansicht hatte Kaposi in der ersten Veröffentlichung ausgesprochen[1]) und mit folgenden Worten motivirt:

„Wir glauben nach den hier dargelegten mikroskopischen Verhältnissen, welche gewiss die klinischen Erscheinungen des Charakters und des Verlaufs der Neubildung bedingten, aber uns nur zum geringsten Theil erklären, dieses klinisch Rhinosklerom zu nennende Gebilde histologisch dem Gliosarcom oder Granulationssarcom am nächsten stellen zu können."

Zu dieser Ansicht forderte besonders auf das Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen, wie Hyperämie, Temperaturerhöhung und ödematöse Schwellung, ferner das ausserordentlich langsame Wachsthum, welches namentlich in den ersten Stadien dén Charakter der Beständigkeit verleiht.

Bestärkt wurde noch Kaposi in seiner Ansicht durch einen Fall, „bei dem es zur Bildung von grösseren Tumoren gekommen war und durch einen weiteren, wo das Rhinosklerom auf den Oberkiefer und das Seitenwandbein übergriff, dieses durchbrach und an die Oberfläche des Gehirns fortgeschritten war."

Diese Ansicht hatte Kaposi ausgesprochen, als noch keine Veränderungen an den die Neubildung als solche bestimmenden Geweben beobachtet waren. Dies geschah durch Mikulicz, der für seine Ansicht, dass es sich um einen chronischen entzündlichen Process handele, „die Umwandlung der kleinzelligen Infiltration geltend macht, aus welcher nämlich Spindelzellen und schliesslich schrumpfendes Bindegewebe hervorgeht."

Im Jahre 1872 hatte sich schon Geber zu der Ansicht einer

[1]) Wiener med. Wochenschrift 1870.

fehlenden syphilitischen Grundlage bekannt. Er äussert sich darüber[1]) folgendermassen:

„Jedem Kliniker ist es geläufig, wie nach längerem Bestehen eines chronisch entzündlichen Processes, beispielsweise nur des Eczems, unter Umständen Verdickungen und Wucherungen an der Haut auftreten können. Versetzt man nun diesen Process auf die Schleimhaut der Nasenhöhle, so wird noch durch die besonderen Umstände der Localisation, wo die Secrete nicht zurückgehalten werden und dadurch neuerdings zu anhaltenden Reizungen der Schleimhaut Anlass geben, begreiflich sein, dass ein solcher uns vorliegender Vorgang von Wucherung — das typische Bild eines Rhinosklerom — entstehen kann.

„Ich werde somit," schliesst er, „durch die klinische Erfahrung gezwungen, anzunehmen, dass das Rhinosklerom, angeregt durch irgend einen chronisch entzündlichen Reiz, auf einer von der Mucosa und Submucosa ausgehenden diffusen Infiltration und Proliferirung des Gewebes beruht."

Eine wichtige Rolle spielt in der einschlägigen Literatur die Frage nach dem Zusammenhang mit Syphilis. Als Hebra den ersten Fall sah, bekam er den Eindruck eines Knotensyphilids, wozu noch ein zweiter Fall wesentlich beitrug, der neben dem Rhinosklerom specifisch inficirt war. Die eingeleitete antisyphilitische Behandlung erwies sich als vollständig resultatlos, so dass er, nachdem besonders Monate lang absolut keine Vorgänge des Zerfalls beobachtet werden konnten, bald von der Ansicht einer syphilitischen Basis zurückkam.

Die erfolglose antisyphilitische Behandlung spricht nicht absolut gegen den Zusammenhang mit Syphilis, gibt es doch verschiedene Affectionen gewisser Organe (Rückenmarks-Krankheiten, Gehirnaffectionen), welche allerdings in erster Linie auf Syphilis zurückzuführen sind, später jedoch ganz unabhängig davon nach dem eigenartigen Typus selbständig sich weiter entwickeln und dann natürlich auch den antisyphilitischen Mitteln nicht mehr weichen, so dass der Satz „cessante causa cessat effectus" in solchen Fällen seine Bedeutung verliert; aber diese Causa war als solche vorhanden und liess sich aus den sie charakterisirenden Erschei-

---

[1]) Dieses Archiv 1870, 4. Heft, pag. 504.

nungen als Syphilis erkennen. Wenn wir dagegen eine Patientin vor uns haben, bei welcher sich niemals irgend ein Symptom zeigte, welches auf Lues hinweisen konnte, und welche im 24. Lebensjahre von einem Uebel befallen wird, welches den Verdacht auf Lues erregt, so muss man verlangen können, dass sich dieses Uebel in seinem Verlauf, in seinen Veränderungen als specifisch erweist und nicht allen Erfahrungen über die Syphilis entgegen jahrelang ohne ein die Syphilis bestimmendes Zeichen besteht, also weder nebenbei ein Exanthem zeigt, noch Ulcerationen und Zerfall der betroffenen Stellen.

Ich möchte daher den Zusammenhang mit Syphilis in Abrede stellen und die relativ häufigen Fälle, bei welchen Syphilis in ausgezeichneter Weise bestand, als unabhängig von dem Rhinosklerom betrachten, vielmehr neige ich dazu, nach dem Schema Virchow's anzunehmen, dass bei sämmtlichen Fällen von Rhinosklerom eine anatomische Präformation der betroffenen Theile vorlag, „welche in der Weise eingerichtet sind, dass sie bei gewissen äusseren Einwirkungen ihren Zustand nicht wieder reguliren können," sondern diesen Störungen zum Opfer fallen, d. h. mit einer Veränderung ihrer Theile, hier also mit einer Zellwucherung, auf diese äussere Einwirkung, nämlich den einmal gesetzten und unterhaltenen Reizzustand, antworten. Das spätere Schicksal dieser vorhandenen Wucherung ist unabhängig von ihrer Ursache, es wird vielmehr durch den nunmehr pathologischen Charakter bestimmt.

In dieser Ansicht werde ich bestärkt durch die Anamnesen, welche durchweg den Anfang auf Borkenbildungen oder auf Polypen in der Nase zurückführen, also immer auf einen länger andauernden Reiz, eine andauernde Störung, aus welchen sich dann bei dem immer unterhaltenen reizenden Einfluss der Secrete der Schleimhaut der Nase, welche, wie wir gesehen haben, ausschliesslich der Anfangsitz der Erkrankung und der Weg zur Verbreitung des Uebels ist, die dasselbe kennzeichnenden pathologischen Veränderungen entwickeln.

Bestärkt werde ich ferner in dieser Ansicht durch die therapeutischen Resultate, welche immer nur auf kurze Zeit einen Besserungszustand, nie aber eine absolute Heilung herbeiführten.

Es würde demnach meine Ansicht dahin gehen, dass das Rhinosklerom die durch die anatomische Anlage der betroffenen

Theile, also der Nasen- und Rachenschleimhaut bedingte Reaction auf eine chronische Reizung der „unglücklich gebildeten“ Schleimhaut ist, eine Ansicht, welche mit der des chronisch entzündlichen Processes im Einklang steht, aber den dabei gestatteten Zusammenhang mit Syphilis läugnet. Verneinend hatte sich schon Kaposi über den Zusammenhang mit Syphilis ausgesprochen, während Billroth, Mikulicz, Weinlechner an der Möglichkeit festhalten.

Was schliesslich die Therapie anlangt, so ergab sich sehr bald die Nutzlosigkeit einer inneren Behandlung und man ging sehr bald mit Messer und Aetzmitteln der Wucherung zu Leibe, wodurch denn auch theilweise Besserungen erzielt wurden.

Simon in Breslau wandte als Aetzmittel nach vorausgegangener Excision einzelner Stücke aus den Nasenhöhlen Acidum pyrogallicum an und, soweit die bisherigen Beobachtungen ein Urtheil gestatten, mit vielem Erfolge. Die Nase hatte sich in den drei Monaten zwischen dem ersten Aufenthalt in der Klinik und der Wiederaufnahme, während welcher Zeit Unguentum pyrogallicum (1 : 9 Vaselin) gebraucht wurde, so zum Guten verändert, dass Patientin von der Wärterin nicht wiedererkannt wurde.

Einen noch grösseren Erfolg hatte die Behandlung in der letzten Zeit, wie schon am Schluss der speciellen Mittheilung des vorliegenden Falles erwähnt worden ist. Nach den neuesten Nachrichten des Herrn Prof. Simon aus Breslau hatte sich bis Mitte Februar d. J. der Zustand nach regelmässiger Behandlung mit Ung. pyrogallic. noch weiter gebessert, so dass Patientin an ihrer Nase nichts Auffallendes mehr zeigt, während sie früher colossal entstellt war.

Es scheint also die Pyrogallussäure, welche von Jarisch auf die antipsoriatische Heilwirkung hin erprobt wurde und für viele andere Hautkrankheiten allen anderen Mitteln augenblicklich vorgezogen wird, auch die beste Waffe zu sein gegen das Ueberhandnehmen des Rhinoskleroms.



Furunculosis nach innerlichem Gebrauch von Condurango.

Von

Dr. J. Edmund Güntz
in Dresden.

Die Cortex Condurango war bekanntlich vor Jahren zum innerlichen Gebrauch in der Form von Decocten gegen Krebs und Syphilis warm empfohlen worden. Bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Breslau 1874 hatte Prof. Friedreich persönlich über Fälle von angeblich geheiltem Krebs, insbesondere über einen solchen von Magenkrebs nach dem Gebrauch der Condurango berichtet. Der Redner hatte in seinem Vortrage bei dieser Gelegenheit von der Berechtigung seiner therapeutischen Versuche gesprochen, indem er anführte, dass nach dem Vorgange bei den wilden Völkern, bei welchen Jahrhunderte lang das Mittel bis in die neueste Zeit gegen entsprechende Uebel in grossem Rufe gestanden habe, man annehmen dürfe, dass wenigstens irgend etwas Wahres diesen Anpreisungen zu Grunde liege. Aus diesem Grunde erklärte Friedreich die innerliche Verabreichung der Condurango des Versuches werth und er hielt sich trotz der Einwendungen eines Arztes in der sich anknüpfenden Discussion nicht für widerlegt. Seit jener Zeit, also seit dem Jahre 1874, habe ich nun das Decoctum Condurango in ausgiebiger Weise bei den verschiedensten Stadien der Syphilis innerlich versucht, zumal es den Anschein hatte, als ob sich dieses Mittel bei torpiden Drüsenanschwellungen vortheilhaft erweise. Es bedarf wohl nicht einer eingehenden Erörterung, dass ich der Condurango, wenn sie überhaupt eine Wirkung bei Syphilis haben würde, keine andere Bedeutung beilegte,

als den Holztränken und dass ich sie nicht als eigentliches Heilmittel, sondern nur als Unterstützungsmittel der Cur vom Anbeginn an betrachtete. Ueber die Wirkung der Condurango in dieser Hinsicht habe ich mich schon früher in meiner Schrift: „Neue Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis“ Pierson's Verlag 1878 pag. 133, ausgesprochen.

Was speciell die Behandlung der Syphilis nach gewissen Heilmethoden, insbesondere auch mit Condurango anbelangt, so erkennt man bei vielen derselben einen Einfluss auf den Körper, resp. auf die Krankheitserscheinungen, indem wir den Hinweis aus gewissen Veränderungen der Symptome haben, dass hier die Endglieder in der Metamorphose des Stoffwechsels in der normalen Weise nicht erreicht werden. Die sonst unter normalen Verhältnissen ausgeschiedenen Stoffe werden hier wieder zum grossen Theile im Körper selbst verbraucht.

Hierher rechnete ich die überschätzten oder unterschätzten Behandlungsmethoden mit pflanzlichen Mitteln, Holztränken, Decocten von Condurango, Curen mit Apfelwein u. s. w., nach deren Anwendung die einseitige Richtung der Ernährung sich zuweilen durch Neigung zu Furunkeln zu erkennen gibt. Die Furunkulose, die Pustelbildung, das Erscheinen mancher auf Syphilis nicht zu beziehender Exantheme, welche Hauterscheinungen also in einzelnen Fällen als Merkmale einer einseitigen Ernährung aufzufassen sind, charakterisiren sich näher entweder als schlechte oder als übermässige oder als unregelmässige Ernährung.

Diese Zustände sind geeignet, zu erklären, wie wir eine günstige oder ungünstige Einwirkung auf die Produkte der Krankheit beeinflussen können. Ich erinnere hier noch an jene Erfahrungen, dass nach dem fortgesetzten innerlichen Gebrauch von Jod- und Brommitteln, nach Arsen- und Eisenpräparaten, nach harzigen, balsamisch-ätherisch-öligen Stoffen, kurz nach vielen in der Pharmakopöe verzeichneten Präparaten in Folge innerlicher Anwendung irgend eine Reaction auf der Haut sich zeigt. Ebenso erklärt sich vielleicht zum Theil die bekannte Wirkung vieler Genussmittel, der Krebse, Erdbeeren, des Gänsefetts u. s. w. Solche Erfahrungen finden aber am deutlichsten ihre Erläuterung rücksichtlich der Folgen einer einseitigen Ernährung in jenem bekannten physiologischen Experiment, wonach z. B. bei Fleischfressern, insbe-

sondere bei Hunden nach 6wöchentlicher Ernährung nur mit Olivenöl und Weissbrod unter der Entwickelung von Hornhautgeschwüren, Marasmus und zuweilen von Pustelbildung, sowie Decubitus der Haut die Thiere zu Grunde gingen.

Bei manchen Personen, welche im Frühjahr Cider zu trinken gewöhnt sind, in der Meinung, hierdurch ihrem Körper zu nützen, kann man deutliche Hautausschläge der verschiedensten Art, unter anderen auch hartnäckige Urticaria entstehen sehen.

Bei anderen Apfelweintrinkern, welche regelmässig massenhafte Mengen vertilgen, merkt man eine solche Wirkung nicht.

Wenn Leute aus einem Bierland in eine Weingegend übersiedeln, so werden sie nach dem bisher ungewohnten, reichlichen Weingenuss mitunter fortwährend von Ausschlägen belästigt.

Nach dem Gebrauche von Condurango habe ich, ohne dass ich also diesem Mittel die gerühmte Heilwirkung bei Syphilis zuerkenne, zuweilen die Entwickelung von Pusteln und selbst reichlichen Furunkeln beobachtet. Andere Male fehlten diese Erscheinungen vollständig.

Im Laufe der letzten sechs Jahre habe ich über ein Tausend Kranke mit Decoctum Condurango behandelt. Es wurden 100 Gramm der Condurango mit 600 Gramm Wasser im Dampfkochapparat bis auf 500 Gramm Flüssigkeit eingekocht und dies filtrirt in zwei Tagen verbraucht. Diese Behandlung wurde 14 Tage bis 3 Wochen lang fortgesetzt. Bei einem zweiten Tausend Kranker war nur der vierte Theil der obigen Dosis verwendet worden. Diese geringeren Dosen hatte ich später angewendet, um die Furunkel- oder Pustelbildung bei den Kranken zu vermeiden. Dies gelang auch; denn die Furunkulose trat nur bei den Kranken ein, welche die grösseren Dosen gebraucht hatten.

Was die Häufigkeit des Vorkommens dieser Furunkelbildungen anbelangt, so ist dieselbe nach Anwendung der stärkeren, fortgesetzten Dosen ungefähr unter Tausend Personen ohne Berücksichtigung der Constitution und des Stadiums der Syphilis zwanzig Mal vorgekommen. Zwei Mal waren zwei grössere Furunkel mit 14—18 grösseren Pusteln über den Körper verbreitet, in den übrigen Fällen waren weniger Pusteln vorhanden. In einigen Fällen hatte sich eine acute Acne im Gesichte entwickelt. Die Kranken hatten früher nicht an solchen Uebeln gelitten, die Hauterschei-

nungen waren übrigens entschieden nicht auf Syphilis zu beziehen. Ein augenfälliger Einfluss auf die Rückbildung und Zertheilung der Drüsengeschwülste nach Condurango war nicht zu constatiren.

Der Einfluss solcher dem Körper einverleibten Medicamente, nicht minder der Condurango, desgleichen der Nahrungs- und Genussmittel, sowie der Lebensweise der Kranken vermag auf die Erscheinungen der Krankheit unter Umständen günstig oder ungünstig zu wirken. Träge Produkte der Krankheit zeigen Reaction oder werden rebellisch, Neubildungen mit Neigung zu Zerfall zerfallen stärker.

Es kommt hier im Wesentlichen eine nicht näher erklärbare Beschaffenheit des Organismus in Betracht, wobei sich von Fall zu Fall die Verschiedenheit herausstellt, dass der Körper des Betreffenden durch solche innerlich angewendete Präparate oder Ernährungsweisen mehr oder weniger oder gar nicht bemerkbar beeinflusst wird.



Zur Frage der Excision der syphilitischen Initialsklerose.

Von

Prof. Heinrich Auspitz

in Wien.

Der im Jahre 1877 in dieser Vierteljahresschrift von mir veröffentlichten Abhandlung über diesen Gegenstand hat sich eine Reihe von Arbeiten und Experimenten anderer Forscher über dasselbe Thema angeschlossen. Einige derselben sind in dieser Vierteljahrsschrift 1879, 3. Heft, pag. 424, und 4. Heft, pag. 637 u. ff. im Auszuge mitgetheilt worden [1]). In dem weiter unten folgenden Berichte wird auch über andere, mir seither zur Kenntniss gekommene Experimente von Rydygier und Klink aus dem Jahre 1879, sowie über jene von Chadzynski (veröffentlicht im 3. Hefte der Annales de Dermatologie, Juli 1880) und endlich über jene von Zeissl (Wiener med. Presse Nr. 27, 28, 29, 1880) referirt werden.

Für die Lehre vom syphilitischen Contagium mussten sich sowohl aus den erwähnten Excisionen, als auch aus den anatomischen Befunden, welche ich in Gemeinschaft mit Unna erhalten und dargestellt habe [2]), gewisse Folgerungen von weittragender Bedeutung ergeben. Dieselben sind von mir in einem Aufsatze in

---

[1]) Es sind dies die Excisionen, welche Pospelow, Th. Kölliker, Unna im J. 1878, Folinea im J. 1879 vorgenommen haben.

[2]) Diese Vierteljahrsschrift 1877, 1. Heft: Ueber die Anatomie der syphilitischen Initialsklerose von H. Auspitz in Wien und P. Unna in Hamburg. — Ferner von Unna allein 1878, ebenda: Ein weiterer Beitrag zur Anatomie der syphilitischen Initialsklerose (4. Heft).

der Wiener medic. Presse (excerpirt in dieser Vierteljahrsschrift 1879, 2. und 3. Heft, pag. 434 u. ff.) gezogen worden.

Ich habe vorläufig nicht die Absicht, auf das Meritorische weder meiner Excisionen, noch der von Unna und mir studirten anatomischen Verhältnisse, noch auf die sich daran knüpfenden nosologischen Corollarien abermals des Näheren einzugehen. Dagegen erscheint es mir theils aus sachlichen, theils aus persönlichen Gründen geboten, den zwei jüngsten Publicationen über das in Rede stehende Thema von Chadzynski und Zeissl einige Bemerkungen zu widmen.

Herr Dr. Chadzynski hat vom October 1877 bis Jänner 1880 30 Excisionen von Initialsklerosen vorgenommen. Seine Resultate waren: 7 vollständige Erfolge, 16 vollständige Misserfolge, 6 Fälle, die sich der Beobachtung entzogen, 1 noch unentschiedener. Also 7 (von 23) Erfolge, d. i. etwas über 30%.

Man sieht, dass das Resultat als ein für die Excision günstiges angesehen werden kann und der Autor unterlässt es auch nicht, die entsprechenden Schlüsse daraus zu ziehen, welche sich im Grossen und Ganzen an die von mir seiner Zeit ausgesprochenen anschliessen, abgesehen freilich von einigen Punkten, für welche ich die Verantwortung keineswegs auf mich nehmen möchte.

Was ich aber hier hervorheben will, betrifft etwas Anderes. Es ist die oberflächliche Art und Weise, mit welcher der Autor die Literatur des Gegenstandes, dem er doch so viel Zeit gewidmet hat, behandelt, oder besser dem französischen Leserkreise gegenüber misshandelt. Wenn Herr Chadzynski als „ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin de l'hôpital général de Lemberg (Gallicie autrichienne)" — so unterzeichnet er seinen Aufsatz in den „Annales de Dermatologie" — seine wissenschaftlichen Arbeiten in französischer Sprache publiciren will, so wird gewiss Niemand dagegen eine Einwendung erheben. Aber so viel dürfen die deutschen und österreichischen Autoren, welche er citirt und deren Publicationen er seinen Arbeiten zu Grunde legt, wohl erwarten, dass er sie im deutschen Original gelesen habe, oder wenn ihm die deutsche Sprache ganz unbekannt sein sollte, dass er in der österreichischen Stadt Lemberg irgend ein Individuum finde, welches ihm derlei deutsche Aufsätze zu übersetzen im Stande wäre. Herr Chadzynski würde es dadurch vermieden haben, die in meiner

Arbeit enthaltene Literatur in arger Weise zu entstellen. Ich bin gar nicht im Stande auf die Details einzugehen; als Muster will ich nur hervorheben, dass eine Publication v. Sigmund's aus der Wiener med. Wochenschrift vom J. 1867, deren Quelle ich genau citirt, Herr Chadzynski aber falsch reproducirt hat, (Wien. med. Presse) in einer Weise dargestellt ist, als hätte v. Sigmund 39 „Zerstörungen von Initialsklerosen“ gemacht, darunter 35 mit günstigem Erfolge! Die bezügliche Arbeit v. Sigmund's hat aber gar nichts mit Initialsklerosen zu thun, sondern nur mit insonten Excoriationen, welche angeblich mit syphilitischer Materie in Berührung gekommen und gleich oder bald nachher von Sigmund geätzt worden waren. Ueberdies sind auch noch die Zahlen vollkommen falsch wiedergegeben. Und nun führt Herr Dr. Chadzynski diese Ziffern in einer von ihm construirten Tabelle der Excisionserfolge auf und bringt mit Hilfe noch anderer Unrichtigkeiten schliesslich heraus, dass in der Literatur von 141 „ihm bisher bekannten“ Excisionen 77 Erfolg gehabt hätten. Auf diese Weise ist in der That mein Percentverhältniss (14 von 28) glücklich erreicht — freilich auf Kosten der Wahrheit. Ich will nicht weiter darauf eingehen, dass Vf. auch mit meiner Priorität die sonderbarsten Kunststücke macht: dass er meinem Freunde Unna Sätze aus meiner Abhandlung über die Excision zuschreibt: dass er unsere gemeinschaftliche Arbeit über die Anatomie der Sklerose mit Hartnäckigkeit Unna allein und Theile daraus ihm und Cornil in Paris (dessen Leçons sur la Syphilis 1879 erschienen sind) oder auch dem letzteren allein zuschiebt — aber darauf will ich aufmerksam machen, dass die ganze Darstellung des Gegenstandes sammt den daran geknüpften Reflexionen des Autors nur ein vollständig unrichtiges Bild der ganzen Frage zu geben geeignet ist.

Mag Herr Dr. Chadzynski sich immerhin durch seine etwaige Unkenntniss der deutschen Sprache und die daraus hervorgehende Nothwendigkeit die Quellen aus fremder Darstellung („Auspitz cité par Klink“ heisst es einmal im Aufsatze) zu citiren entschuldigt halten — für mich geht daraus die Nothwendigkeit hervor, auf diese Thatsache aufmerksam zu machen, damit nicht die Kenntniss des Standes der wichtigen Fragen, um die es sich handelt, dem ärztlichen Publikum in Frankreich und daher

auch in vielen anderen Ländern durch ein so getrübtes Medium vermittelt werde.

Bemerkungen anderer Art sind es, welche ich an eine Arbeit über denselben Gegenstand zu knüpfen habe, welche mein geehrter College, Prof. Zeissl in Wien, im Jahresbericht des allgemeinen Krankenhauses und überdies noch separat in der Wiener medic. Presse vor Kurzem veröffentlicht hat.

Hier handelt es sich, wie der Auszug in unserem „Berichte“ zeigt, um etwas das Wesen Betreffendes: um Gegenexperimente, welche der Autor den meinigen und anderen gegenüber angestellt hat und um die Schlüsse, oder richtiger gesagt, eine ganze Theorie der Syphiliscontagion, welche der Autor daran knüpft.

Was zunächst die Experimente betrifft, ist die Zahl der von Zeissl beschriebenen nur fünf — da ihm von den zahlreichen Fällen mit nachfolgender Syphilis, die er früher zu beobachten Gelegenheit hatte, nach seinen Angaben keine Krankengeschichte zu Gebote stehe. Ich glaube sicherlich nicht zu irren, wenn ich diese „Excisionen“ für Circumcisionen bei phimotischen, gangränescirenden u. dgl. Schankern halte, deren Excision ausschliesslich zum Heilzwecke, natürlich unter ganz anderen Verhältnissen und unter ganz anderem Gesichtswinkel der Beobachtung gemacht wurde, als dies für die präcise Beantwortung eines naturwissenschaftlichen Themas nothwendig wäre. Ich meine aus diesem Grunde, dass der Autor Recht gethan hat, diese Fälle, selbst wenn ihre Krankengeschichten ihm zu Gebote stünden, der wissenschaftlichen Verwerthung zu entziehen. Ebenso ist es nur correct, wenn er weitere vier Fälle, welche nicht von ihm, sondern von befreundeten Collegen operirt und beobachtet wurden, gleichfalls ohne Berücksichtigung lässt und sich somit auf seine eigenen fünf Fälle beschränkt.

Es sei mir aber nunmehr gestattet, mit wenigen Worten die Hauptmomente dieser Fälle zu reproduciren:

1. Fall: Excoriation, seit dem 10. Februar 1874 zuerst bemerkt, die Sklerose excidirt (wann ist nicht angegeben). Nach 3 Monaten, die Patient grösstentheils in Paris zubrachte, ein Erythema papulosum ohne vorausgegangene Verhärtung der Wundfläche.

2. Fall: Eine Sklerose mit Leistendrüsenschwellung (seit wann

angeblich bestehend?), am Tage nach der Aufnahme (27. April 1880) excidirt — keine Verhärtung der Wundfläche. Am 6. Mai, d. i. also 6 Tage nach der Operation, war ein maculo-papulöses Syphilid entwickelt.

3. Fall: Ein sklerosirtes Präputialgeschwür, angeblich seit 9. März 1880 bestehend mit beiderseitigen Leistendrüsenschwellungen, wurde am 11. April excidirt. Am 18. April, also 7 Tage nach der Excision, bei noch nicht vernarbter Wunde Roseola an beiden Brustseiten.

4. Fall: Auf der Haut des circumcidirten Gliedes eines am 5. December 1879 aufgenommenen Kranken eine angeblich seit 4 Wochen bestehende Sklerose, welche am 6. December excidirt wurde. Heilung per primam intentionem. Am 18. December, also 12 Tage nach der Operation ein papulöses Syphilid.

5. Fall: Eine seit 7 Wochen bestehende, von Bubonen begleitete Sklerose auf der Gliedhaut wurde am 19. Mai 1880 excidirt, ohne nachfolgende Verhärtung der Narbe. Am 25. Juni fanden sich auf dem Scrotum, an beiden Wangen und der Zunge nässende Papeln. (Ob inzwischen Roseola des Stammes, Angina faucium u. dgl. aufgetreten war, ist nicht angegeben.)

Es wird für die Kritik des Werthes dieser fünf Fälle ausreichen, wenn ich Folgendes bemerke: a) dass der erste im höchsten Grade ungenau geschildert ist (es fehlt ja sogar das Datum der Excision!); b) dass im 2., 3. und 4. Falle die Erscheinungen allgemeiner Infection schon 6, 7 und 12 Tage nach der Operation aufgetreten sind, dass also offenbar die Excision zu einer Zeit gemacht wurde, wo die Allgemein-Infection schon ein Fait accompli gewesen sein oder wenigstens die Wahrscheinlichkeit, sie durch die Excision zu verhüten, nahezu = 0 sein musste; c) dass also höchstens der letzte Fall zur Verwendung geeignet sein könnte, obgleich auch hier die Krankengeschichte im hohen Grade lückenhaft erscheint. Dabei fällt es mir gar nicht ein, die Diagnose der Sklerose in einem dieser Fälle, selbst im ersten nicht, in Zweifel ziehen zu wollen, wozu — einem so namhaften Syphilidologen gegenüber — keine Berechtigung vorliegt.

Aber die Frage drängt sich doch sicherlich jedem unparteiischen Prüfer auf, wie der Autor es verantworten kann, auf solche Fälle hin die positiven Erfolge Anderer anzuzweifeln; die Frage als „für

seine Person abgeschlossen" zu erklären und das Axiom: die Initialsklerose sei stets der Ausdruck der schon vollzogenen Durchseuchung — als unangetastet zu proclamiren? Ich bedaure sagen zu müssen, dass die hier von dem geehrten Collegen befolgte wissenschaftliche Methode den fundamentalsten Forderungen, welche man an das Experiment stellen muss, nicht entspricht, abgesehen davon, dass auch die klinische Beschreibung und die kritische Beleuchtung der Vorarbeiten viel zu wünschen übrig lässt.[1])

Wenn ich nunmehr den theoretischen Theil des Zeissl'schen Aufsatzes in Betracht ziehe, so führt der Autor zuerst zwei „Beweise" mehr historischer Art gegen die locale Natur der Sklerose an. Der erste, dass Renault 1848 13 Pferden Rotz eingeimpft, darauf die Impfstelle mit dem Glüheisen zerstört habe und dass doch alle 13 Pferde Rotz bekamen.

Dieses Experiment mag nun für den Rotz stichhaltig sein, d. h. es mag wahrscheinlich machen, dass die Incubation des Rotzgiftes eine sehr kurze ist — wie aber daraus zu folgern sei, dass auch das Syphilisgift schon einige Stunden nach der Uebertragung in den Stoffwechsel übergegangen sein müsse, ist nicht recht einzusehen. Weil die Erde 365 Tage braucht, um den Kreislauf um die Sonne zu vollenden, wird darum Jemand behaupten wollen, dass der Uranus für diese kosmische Aufgabe keine längere Zeit brauchen dürfe? Und andererseits handelt es sich hier keineswegs um den Satz, ob etwa die Cauterisirung der Impfstelle innerhalb 24 Stunden nach der Syphilis-Einimpfung den Uebergang des Giftes in den Stoffwechsel verhindere. Aber nur eine solche Fragestellung würde jener für den Rotz aufgestellten analog sein, nicht aber die Frage von der Excision der syphil.

---

[1]) Der Autor gibt z. B. an, dass meine 33 Excisionsfälle „nach 3 Monate währender Beobachtung" günstige Resultate ergaben, während doch die 14 von mir als Erfolge bezeichneten Fälle 14, 11, 12, 9, 16, 11, 15, 8, 4, 6, 4, 9, 4, 4$^1/_2$ Monate in Beobachtung gestanden waren, also kein einziger drei Monate! Eine in einer späteren Nummer der „med. Presse" auf meine directe Reclamation hin erfolgte Berichtigung kann wohl die Loyalität des Autors nach dem Druck seines Aufsatzes, nicht aber die wünschenswerthe Genauigkeit bei dessen Abfassung constatiren.

Sklerose, welche der verehrte Herr College auf so einfache Weise beantwortet zu haben der Meinung ist.

Der zweite „directe Beweis", den Zeissl anführt, ist eine im Jahre 1861 vorgekommene Impfung mit Syphiliseiter auf den Oberschenkel eines Gesunden, bei welchem nach genau drei Wochen Impfpapeln auftraten, nach weiteren 11 Tagen die betreffenden Leistendrüsen empfindlich und vergrössert wurden, und vor der Drüsenschwellung Probeimpfungen mit „syphilitischem Secrete" vorgenommen worden waren, die nicht hafteten — zum Beweise, „dass der Organismus zur Zeit des Auftretens des syphilitischen Primäreffectes mit Syphilis durchseucht war, also nicht gleichzeitig ein zweites Mal Syphilisgift aufnehmen konnte."

Auch dieser, schon in des Verfassers Lehrbuche citirte Fall ist gänzlich ohne Beweiskraft für den Satz, dass die Induration das erste Symptom der schon vollzogenen Durchseuchung sei. Zuerst muss ich darauf hinweisen, dass der positive oder negative Erfolg von Probeimpfungen mit „syphilitischem Secrete" (überdies ohne nähere Charakterisirung desselben) auf einen Syphilitischen ganz und gar Nichts zu beweisen geeignet wäre, weil ja bekanntlich die seither stattgefundenen zahlreichen Experimente (zuerst jene von Bidenkap, dann von vielen Anderen) von Syphiliseiter-Ueberimpfung auf Syphilitische gezeigt haben: a) dass dieselbe in der Regel sofort in Generationen wieder inoculable Geschwüre (Chancroide, weiche Schanker?); b) in Ausnahmsfällen aber auch dieselbe Wirkung wie bei Gesunden hervorrufen, d. i. nach einer gewissen Zeit Papeln und dann selbst indurirte Schanker hervorbringen kann.

Ueberdies aber ist zu constatiren, dass Syphilis-Ueberimpfungen sowohl bei Gesunden als bei Syphilitischen bisweilen ganz wirkungslos bleiben.

Das Letztere erscheint selbstverständlich, wenn man bedenkt, wie viel Mühe und Zeit es kostete, bis die Thatsache von der Möglichkeit der Uebertragung secundärer Syphilis-Symptome auf Gesunde anerkannt wurde, und ferner, dass die Möglichkeit dieser Ansteckung gewisser speciell für sie günstiger Momente bedarf, welche in den meisten Fällen nicht vorhanden sind. Anders wäre es kaum begreiflich, warum nicht das ganze Menschengeschlecht heute syphilitisch sei. In der That hat sich zu einer Zeit, als diese

Uebertragungs-Bedingungen günstigere (die Acuität stärker) waren, d. i. zur Zeit des Auftretens der Seuche in Europa am Ende des 15. Jahrhunderts, die Syphilis ganz so, wie heute die acuten Exantheme u. s. w. in Form von Endemien und Epidemien fortgepflanzt. Wenn dies demnach für die Uebertragung nicht blos auf Syphilitische, sondern auch auf Gesunde gilt, so ist daraus zu schliessen, dass das von Zeissl angeführte Impfexperiment keine Beweiskraft gerade für denjenigen Punkt hat, auf welchen es abzielt, nämlich auf die These von der schon vorhanden gewesenen Durchseuchung des Organismus im angeführten Falle Zeissl's.

Der „directe Beweis“ des Autors ist aber nicht in diesem Punkte allein angreifbar, sondern es sind noch einige andere gewichtige Einwendungen gegen ihn zu erheben. Er hat drei Wochen nach der Impfung „Impfpapeln“ constatirt, eine nähere Beschreibung des Aussehens und Verlaufes derselben ist nicht gegeben. Aber soviel ist sicher, dass sie keine „Initialsklerosen“ waren. Nun ist aber meines Wissens von nichts Anderem als von Excision der Sklerose die Rede gewesen und die Schlüsse, welche ich seiner Zeit aus meinen Resultaten gezogen habe und welche Zeissl bekämpft, haben sich ausschliesslich auf die Initialsklerose bezogen. Ich habe nie behauptet, dass die Papel, ob sie nun auf der Impfstelle oder anderswo auftrete, oder dass die Plaques und Condylome u. s. w., welche ja ebenfalls Papeln sind, nicht der Ausdruck der syphilitischen Diathese seien; ja ich habe schon in meiner Contagienlehre, welche im Jahre 1866 erschienen ist, ausdrücklich auf den wesentlichen Unterschied zwischen beiden hingewiesen [1]) und aus den Experimenten wie aus den klinischen Erfahrungen den Nachweis geführt, „dass zwischen der Impfpapel und der Induration als solche in dem Sinne, wie sie von den Classikern der dualistischen Lehre definirt wird, keine Gemeinschaft herrscht.“ In der That haben auch die neueren anatomischen Untersuchungen von Unna und mir nachgewiesen, dass der Sklerose gewisse charakteristische Eigenschaften innewohnen, welche sie von einfachen syphilitischen Infiltraten, Papeln, Knoten u. s. w. auch anatomisch scharf unterscheiden.

---

[1]) Die Lehren vom syphilitischen Contagium und ihre thatsächliche Begründung. Wien 1866 bei Braumüller, pag. 353 u. ff.

Wenn somit der Autor auf der Impfstelle nach drei Wochen Papeln auftreten sah — wie so viele andere Experimentatoren —, so hat dies mit der Natur, der Bedeutung und Prognose der Initialsklerose nicht das Mindeste zu thun und es ist für die letztere irrelevant, ob man mit Zeissl diese Papeln für den Ausdruck der schon vollzogenen Allgemeininfection halten will oder nicht.

Es geht aber aus dem eben Gesagten deutlich hervor, wie sehr die unbedingte Hingabe an eine Theorie, in diesem Falle an die Baerensprung'sche dualistische Lehre mit ihren scharfen, fast tyrannischen Formulirungen, den Blick trübt und ihn die wichtigsten Unterschiede übersehen macht. Ist man einmal recht fest überzeugt, dass alle an den Uebertragungsstellen auftretenden Veränderungen Symptome der Allgemeininfection seien, dann geräth man auch leicht dahin, diese Veränderungen mit einander zusammenzuwerfen und ihre anatomischen und klinischen Differenzen vollkommen zu ignoriren.

Fragen wir uns nun aber, worin denn eigentlich die Beweiskraft des obigen Experiments gelegen sein soll, wenn weder der Erfolg der Probeimpfung an sich, noch die Beschaffenheit der localen Infiltrate an sich einen solchen Beweis herzustellen vermochten? Offenbar darin, dass das Nichtanschlagen der Probeimpfung, welches Z. für den Ausdruck der völligen Sättigung des Organismus mit Syphilis ansieht, zu einer Zeit stattfand, wo die Leistendrüsen noch gar nicht geschwollen und von sonstigen allgemeinen Symptomen gar nichts sichtbar war[1]). Damit wäre nun aber im äussersten Falle nur der Nachweis geliefert, dass die Durchseuchung des Organismus zur Zeit der Probeimpfung vollzogen war; ob dies aber schon früher und ob es zur Zeit des Auftretens der Papeln der Fall gewesen sei, wie Zeissl ausdrücklich folgert, lernen wir daraus keineswegs, um so weniger, als nicht einmal angegeben wird, ob die Probeimpfungen vor oder nach dem Auftreten der Papeln stattgefunden haben. Es wird nur gesagt, sie wären vor dem Erscheinen der Leistenbubonen vorgenommen worden. War aber der

---

[1]) Vom weiteren Verlaufe des Falles und ob überhaupt Roseola, Angina u. s. w. später aufgetreten seien, erfahren wir merkwürdiger Weise überhaupt nichts.

Organismus schon vor dem Auftreten der letzteren durchseucht, so fällt damit die ganze Theorie von dem Fortschreiten des Contagiums durch die Lymphwege ins Blut, von seiner Deponirung in den Lymphdrüsen während dieses Marsches und von dem anfallsweisen Herausstürmen des Giftes aus seinen Depôts bei den jeweiligen Syphilis-Eruptionen [1]).

Es bliebe somit dem Berichterstatter über das obige Experiment logischer Weise nichts übrig als zu sagen: Das Contagium hat einer gewissen Zeit (Incubation) bedurft, bis es seine giftigen Wirkungen entfalten konnte. Diese Zeit hat es irgendwo zubringen müssen. In den Inguinaldrüsen oder gar jenseits derselben kann dies nicht gewesen sein, weil ja angeblich durch die Probeimpfung schon vor der Drüsenschwellung die Durchseuchung constatirt worden war. Somit müsste die Stelle der Ueberimpfung selbst und ihre Umgebung als Sitz der Weiterentwicklung des Contagiums angesehen werden und dies hiesse nichts Anderes als: Die sich dort bildende Affection ist eine Localerscheinung und deren Auftreten weist wohl auf die Wahrscheinlichkeit hin, dass das Contagium auch weiter resorbirt werden könne oder schon resorbirt worden sei — aber diese Sklerose ist nicht etwas mit der Localität der Ueberimpfung nur zufällig Zusammenhängendes, ein Syphilis-Symptom wie andere mehr, sondern es ist die Brütstätte des Contagiums.

Ein Dualist darf aber dies nicht zugeben, weil die Sklerose schon einmal unbedingt als Allgemeinsymptom proclamirt ist.

Er wird sich also damit bescheiden müssen, von einer Bestimmung der syphilographischen Länge und Breite ganz abzusehen und einfach zu sagen: Das Gift kommt — auf welchem Wege immer — in die Blutmasse und entfaltet dort seine giftigen Eigenschaften. Dieser möglichst unverfänglichen — weil nichtssagenden — Theorie steht nur freilich die eine Schwierigkeit entgegen, zu erklären, warum die Initialsklerosen — diese eigenthümlichen Gebilde — gerade an den Uebertragungsstellen des Contagiums auftreten, an Stellen, welche ja mit der eigentlichen Präparation des Giftes gar nichts zu thun hatten? Mit dem leeren Schlagworte vom Locus minoris resistentiae u. dgl. trösten sich ja heut zu

---

[1]) Zeissl ist in der That kein Anhänger dieser Theorie.

Tage nur mehr wenige Syphilidologen, deren wissenschaftliche Zähigkeit in der That über jedes Schwanken erhaben ist.

Zu diesen zählt nun freilich unser Autor in diesem Falle nicht; er verschmäht es dies Mal nicht, rechtzeitig Concessionen zu machen, eingedenk des Ricord'schen Satzes: „L'homme absurde est celui, qui ne change jamais". Und so stellt er denn zum Schlusse seines Artikels eine neue Hypothese auf, welche besagt, dass nur ein kleinerer Theil der krankmachenden Mikroorganismen — man sieht, dass der Autor vor Hypothesen überhaupt nicht zurückschreckt — von der Impfstelle aus resorbirt werde und in den Kreislauf gelange, der grössere Theil aber an der Impfstelle liegen bleibe. „Selbstverständlich werden nun die meisten Mikroorganismen sich dort entwickeln, wo von Anfang an die meisten gewesen sind, das ist an der Impfstelle, und werden an dieser auch zuerst ihr Krankheitsprodukt, das Zeichen ihrer Anwesenheit, zeitigen; es ist dies die syphilitische Initialsklerose oder die initiale Papel. Die in den Blutkreislauf gelangten Mikroorganismen werden sich unter den gleichen günstigen Bedingungen ebenfalls vermehren. Um unserem Auge wahrnehmbare Erscheinungen hervorzurufen, braucht es aber wahrscheinlich einer bestimmten Quantität solcher Mikroorganismen und bis diese Menge durch Vermehrung der in Folge der Einimpfung in den Kreislauf gelangten Organismen sich entwickelt hat, verstreicht ein längerer Zeitraum, als wie die Mikroorganismen brauchten, um die initiale Geschwulst an der Impfstelle zu erzeugen."

Ich erlaube mir nur noch die eine Frage: Verlohnt es sich der Mühe, wenn man einmal zu einer solchen Opportunitätstheorie gelangt ist, die alte dualistische Lehre von der Allgemeinnatur der Initialsklerose aufrecht zu erhalten? Steckt in der neuen Hypothese nicht schon die Ueberzeugung, dass es sich bei dem ganzen Vorgang der syphilitischen Durchseuchung nur um ein schrittweises Vorwärtsschreiten des Contagiums von der Impfstelle aus handle? Und wäre es nicht einfacher und natürlicher zuzugeben, dass die Fertigmachung des Contagiums auch für den ganzen Organismus an der Impfstelle selbst erfolgen könne, und dass dieses dann anzunehmen sei, wenn sich an dieser Stelle

die allmälige Entwickelung der Initialsklerose mit den ihr eigenthümlichen von Unna und mir beschriebenen Gefässwandveränderungen vollzieht? Dass es auch Fälle von Syphilis-Uebertragung gibt, wo weder eine solche Sklerosirung, noch überhaupt ein sichtbares Symptom an der Impfstelle auftritt, haben ja gerade die Gegner der Dualitätslehre am wenigsten geläugnet.

Ich schliesse hiermit diese Bemerkungen, welche niederzuschreiben ich mich verpflichtet hielt. Denn der Kampf zwischen neuen Vorstellungen und alten, in das Blut übergegangenen Theorien muss — so schwierig und unerquicklich er ist — ausgefochten, und es darf nicht ohne Gegenwehr zugelassen werden, wenn dieser Kampf von einer in der Gelehrtenrepublik respectirten Seite her mit Waffen geführt wird, welche im Gebiete der Naturwissenschaft heutzutage nicht mehr als regulär angesehen werden.

System der Hautkrankheiten.

Von

Prof. Heinrich Auspitz

in Wien.

Es erscheint mir nicht unpassend, in dieser Vierteljahresschrift das System der Hautkrankheiten mitzutheilen, welches ich soeben, von einer ausführlichen Darlegung der Motive begleitet, in Buchform[1]) publicirt habe. Ich hege die Hoffnung, dass durch eine sachkundige und ernste Prüfung der in diesem System enthaltenen Momente und Vorschläge manches Hinderniss beseitigt werden wird, welches bisher dem erfolgreichen Fortschreiten auf diesem Gebiete trotz der epochemachenden Thätigkeit eines so hervorragenden Mannes wie Hebra entgegengestanden und eine ruhige Sichtung und Zusammenfassung unserer nicht blos scheinbaren, sondern wirklichen Kenntnisse und deren Zurückführung auf einfachere Grundlagen nicht gestattet hat.

Erste Classe.

Einfache Entzündungsprocesse der Haut (Dermatitides simplices).

A. Oberflächliche Hautentzündungen (Dermatitides catarrhales, Hautkatarrhe).

I. Familie: Flächenkatarrhe der Haut.

1. Blosse Hyperämie vorwaltend:

   Erythema: a) simplex,

   b) papulatum.

---

[1]) Bei Wilhelm Braumüller, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler. Wien 1881, in gr. 8°. 254 pag.

2. Serös eitrige Exsudation vorwaltend:
   Eczema: a) typicum.
   b) paratypicum.
   Varietäten: rubrum,
   papulatum,
   vesiculosum,
   rhagadiforme,
   pustulosum,
   squamosum.

II. Familie: Erosive Hautkatarrhe (Stigmatosen).

1. Durch thierische Parasiten bewirkt:
   Parasitäre Stigmatosen.
   a) Entomosen:
   durch Kopfläuse,
   durch Filzläuse,
   durch Kleiderläuse,
   durch Wanzen,
   durch Flöhe,
   durch Mücken (Culex, Moskito),
   durch Raupen (Bombyx processionea).
   b) Acarinosen:
   durch die Erntemilbe (Leptus autumnalis),
   durch die Zecke oder Holzbock (Ixodes ricinus und marginatus),
   durch die Haarsackmilbe (Acarus folliculorum),
   durch die Krätzmilbe (Acarus Scabiei = Sarcoptes hom.),
   durch die Gerstenmilbe (Acarus hordei = Krithoptes [Geber]).
2. Durch Traumen anderer Art (den Lebenswecker von Baunscheidt, Schröpfköpfe u. dgl.) bewirkt:
   Traumatische Stigmatosen.

III. Familie. Folliculäre Hautkatarrhe (Perifolliculosen).

1. Nur um die Mündungen der Follikel:
   Miliaria alba et rubra.

2. Auch um die Follikel-Ausführungsgänge und die Follikel selbst.
   Ohne gleichzeitige Erkrankung der Haarscheiden:
      Acne.
   Mit gleichzeitiger Erkrankung der Haarscheiden und Haare:
      Sykosis.

IV. Familie. Stauungskatarrhe der Haut.

1. Mit dem Ausgang in Ueberhäutung:
   Ekthyma.
2. Mit dem Ausgang in Narbenbildung:
   Ulcera cutanea.

B. Tiefergreifende Hautentzündungen (Dermatitides phlegmonosae, Hautphlegmonen).

I. Familie. Schichtenphlegmonen der Haut.

1. Durch Verbrennung bewirkt:
   Combustio.
2. Durch Erfrierung bewirkt:
   Congelatio.
3. Ohne äussere Verletzung:
   Pseudo-Erysipelas (Phlegmone diffusa idiopathica).

II. Familie. Herdphlegmonen der Haut.

Furunculus.
   Parasitäre Varietäten:
      durch den Sandfloh (Pulex penetrans),
      durch Dasselfliegen (Oestrusarten),
      durch den Peitschenwurm (Filaria medinensis) bewirkt.
Anthrax (Carbunculus).
Aleppo- und Biskrabeule.

III. Familie. Stauungsphlegmonen der Haut:

Phlebitis et Lymphangioitis cutis.
Erysipelas.

Zweite Classe.

Angioneurotische Dermatosen.

Dermatosen mit dem Charakter einer ausgedehnten Störung des Gefässtonus neben mehr oder weniger ausgeprägter entzündlicher Wallung an der Hautoberfläche.

I. Familie. Infectiöse Angioneurosen der Haut (acute Exantheme, Eruptionsfieber).

1. Mit vorwaltend katarrhalischem Charakter:
   Erythematöse Exantheme:
   Roseola ex Typho,
   ex Cholera etc.,
   Scarlatina.
   Papulöse Exantheme:
   Rubeola,
   Morbilli.
   Vesiculo-pustulöse Exantheme:
   Varicella infantum,
   Vaccina,
   Miliaria crystallina.
2. Mit vorwaltend phlegmonösem (diphtheritischem) Charakter der Hautentzündung:
   Variola,
   Maliasmus (Rotzcarbunkel),
   Pustula maligna (Milzbrandcarbunkel).

II. Familie. Toxische Angioneurosen der Haut (Arzneiexantheme u. s. w.)

1. Mit vorwaltender entzündlicher Wallung:
   Erythanthema toxicum.
   Varietäten:
   maculo-papulöse Formen: Erythema toxicum, Pellagra, Acrodynia,
   vesiculöse und bullöse Formen: Herpes, Pemphigus et Eczema toxicum,
   pustulöse Formen: Furunculi et Ecthyma toxicum,
   hämorrhagische Form: Purpura toxica.
2. Mit vorwaltendem Krampf der Hautgefässe:
   Urticaria toxica.
3. Mit Gefässverstopfung und dem Ausgang in Nekrose:
   Ergotismus.

III. Familie. Essentielle (idiopathische, diathetische) Angioneurosen der Haut.

1. Mit vorwaltender entzündlicher Wallung:
   Erythanthema essentiale.

Varietäten:

maculo-papulöse Formen:

α) oberflächlich: Erythema multiforme, papulatum, circinatum, Iris, annulatum,

β) tiefliegend: Erythema nodosum;

vesiculöse, bullöse und pustulöse Formen:

Herpes circinatus, Iris, annulatus,

Herpes phlyctaenoides,

Herpes impetiginosus (Impetigo herpetiformis),

eczematöse und pemphigoide Efflorescenzen auf angioneurotischer Grundlage, bei Hysterischen u. dgl.

haemorrhagische Form: Purpura (Peliosis) rheumatica.

2. Mit vorwaltendem Krampf der Hautgefässe:

Cnidosis (Urticaria essentialis, chronica).

3. Mit Gefässerweiterung und Neubildung von Gefässen:

Erythema angiectaticum (Acne rosacea).

Dritte Classe.

Neuritische Dermatosen.

Durch Erkrankung sensibler (und zugleich trophischer?) Nervenelemente bedingte Dermatosen.

I. Familie. Neuritische Dermatosen mit cyklischem Verlaufe.

Herpes neuriticus (Zona, Herpes Zoster),

Herpes febrilis (Hydroa febrilis) (?).

II. Familie. Neuritische Dermatosen mit acyklischem Verlaufe.

1. Mit vorwiegender entzündlicher Wallung (Neuritische Entzündungsprocesse der Haut):

Erythanthema neuriticum.

Varietäten:

maculo-papulöse Formen: Erythema neuriticum,

vesiculöse und bullöse Formen: Herpes, Pemphigus et Eczema neuriticum,

pustulöse Formen: Furunculi et Ecthyma neuriticum,

haemorrhagische Form: Purpura neuritica.

2. Mit vorwiegendem Krampf der Hautgefässe (neuritische Oedeme der Haut):

Urticaria neuritica.

3. Mit vorwiegender Atrophie der Haut (neuritische Atrophien der Haut):
   - Liodermia neuritica (Glossy skin),
   - Onychogryphosis neuritica,
   - Alopecia neuritica,
   - Leukodermia neuritica.
4. Mit wirklicher Nekrose der Haut (neuritische Nekrosen der Haut):
   - Phlegmone neuritica (chronica),
   - Decubitus neuriticus (acutus).

Vierte Classe.

Stauungs-Dermatosen.

Dermatosen mit dem Charakter der passiven Circulationsstörung und beeinträchtigter venös-lymphatischer Aufsaugung.

A. Mit unvollständiger Stauung.

I. Familie. Stauungs-Hyperämien und Anämien.

- Cyanosis,
- Ischaemia cutis localis,
- Haemorrhagia cutis,
- Haemoglobinorrhoea cutis.

II. Familie. Stauungs-Transsudationen.

1. Das Transsudat verharrt in flüssiger Form:
   - Oedema cutis.
2. Die Transsudation führt zur Induration und Hypertrophie des Bindegewebes der Haut:
   - Elephantiasis Arabum.
3. Die Transsudation führt zur Atrophie des Bindegewebes der Haut:
   - Sclerema cutis
     - a) neonatorum,
     - b) adultorum (Sclerodermie).

B. Mit vollständiger Stauung.

Einzige Familie. Stauungs-Nekrosen.

- Decubitus traumaticus,
- Gangraena idiopathica,
- Asphyxia localis cum Gangraena symmetrica,
- Malum perforans pedum,
- Ainhum.

Fünfte Classe.

Hämorrhagische Dermatosen.

Dermatosen in Folge gesteigerten Durchtritts rother Blutkörperchen durch die Gefässwände der Haut ohne entzündliche Wallung oder locale Stase in derselben.

I. Familie. Traumatische Hämorrhagien.

Ecchymosen (Petechien, Vibices).

II. Familie. Essentielle (von äusseren Reizen unabhängige) Hämorrhagien.

1. Mit geringem Hervortreten allgemeiner Störungen des Organismus:
   Purpura: a) simplex,
   b) papulosa.
2. Mit vorwaltenden allgemeinen Störungen:
   Morbus maculosus (Purpura haemorrhagica).
   Scorbutus.

Sechste Classe.

Idioneurosen der Haut.

Functions-Anomalien der cutanen Nervenausbreitungen ohne trophische Veränderungen der Haut.

A. Sensibilitätsneurosen der Haut.

I. Familie. Neurosen des Tastsinns (Aesthesionosen der Haut).

Hyperaesthesia cutis.
Anaesthesia „
Paraesthesia „

II. Familie. Neurosen des cutanen Gemeingefühls (Dermatalgien).

1. Die Neurose tritt als Schmerz auf:
   Neuralgiae cutis.
2. Die Neurose tritt in Form des Juckreizes auf:
   Als reine Sensibilitätsneurose:
   Pruritus cutaneus.
   Combinirt mit einer Motilitäts-Neurose (Krampfcontractur der Arrectores pilorum):
   Prurigo.

B. Reine Motilitätsneurosen der Haut.

Einzige Familie. Dermatospasmus.

Cutis anserina.

Siebente Classe.

Epidermidosen.

Wachsthums-Anomalien der Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde.

A. Anomalien der Horn- und Secretbildung (Keratonosen).

Erste Reihe. Keratosen im engeren Sinne.

I. Familie. Hyperkeratosen.

1. Diffus:
   Ichthyosis diffusa: a) simplex,
   b) histrix.
2. Um die Follikel:
   Lichen pilaris,
   Ichthyosis follicularis.
3. In Herden, aber von den Follikeln unabhängig:
   Das Hauthorn, cornu cutaneum,
   die Schwiele, Tyloma,
   das Hühnerauge, Clavus.

II. Familie. Parakeratosen.

1. Diffus:
   Psoriasis.
2. Folliculär:
   Lichen ruber et planus.

III. Familie. Keratolysen.

Pityriasis: a) (alba) simplex,
b) (rubra) essentialis.
Dermatitis exfoliativa infantum.

Zweite Reihe. Trichosen.

I. Familie. Hypertrichosen.

Hypertrichosis congenita.

II. Familie. Paratrichosen.

Trichorrhexis nodosa,
Trichoptilosis.

III. Familie. Atrichosen.

1. Diffus:
   Alopecia diffusa a) simplex,
   „ „ b) pityrodes.
2. In Herden:
   Alopecia areata.

Dritte Reihe. Onychosen.

I. Familie. Hyperonychosen.

Hyperonychia.

II. Familie. Paronychosen.

Onychogryphosis idiopathica.

III. Familie. Onycholysen.

Onycholysis idiopathica.

Vierte Reihe. Steatosen.

I. Familie. Hypersteatosen.

Seborrhoea: a) oleosa,
b) crustosa.

II. Familie. Parasteatosen.

Grutum,
Milium,
Atheroma (nebst Acrochordon und Naevus follicularis),
Amyloidmilium (Molluscum contagiosum),
Haloidmilium.

III. Familie. Asteatosen.

Xerodermia: a) congenita,
b) acquisita.

Fünfte Reihe. Idrosen.

I. Familie. Hyperidrosen.

Hyperidrosis idiopathica.

II. Familie. Paridrosen.

Chromidrosis,
Bromidrosis,
Haematidrosis,
Uridrosis.

III. Familie. Anidrosen.

Anidrosis idiopathica,
Dysidrosis (Cheiropompholix).

B. Anomalien der Pigmentbildung in der Haut (Chromatosen).

I. Familie. Hyperchromatosen.

1. Angeboren:
Naevus pigmentosus:

Varietäten:
spilus,
verrucosus,
pilosus.

2. Erworben:
Chloasma: fuscum (uterinum),
nigrum (Melasma),
Lentigines (Ephelides).

II. Familie. Parachromatosen.

Coloratio cutis ex Ictero, Argyria,
durch Tätowiren,
ex morbo Addisonii,
ex Cachexia intermittente etc.

III. Familie. Achromatosen.

1. Angeboren:
Albinismus: a) universalis,
b) partialis;
Poliosis.
2. Erworben:
Vitiligo;
Canities praematura.

C. Anomalien der Stachelschicht der Epidermis (Akanthosen).

I. Familie. Hyperakanthosen (einfache Akanthome).

1. Wucherung der Stachelschicht an der Hautoberfläche (warzenartige Akanthome):
Verruca,
Condyloma acuminatum.
2. Wucherung von Drüsenschläuchen (cutane Adenome):
Idrotadenoma (Schweissdrüsenadenom der Haut).

II. Familie. Parakanthosen (alveolare Akanthome).

1. Mit deutlicher Verhornung der neugebildeten Zellen:
Epithelioma:
Varietäten:
superficiale (Ulcus rodens),
profundum.

2. Ohne Verhornung der neugebildeten Zellen:
    Carcinoma cutaneum:
        Varietäten:
            molle,
            colloides,
            melanodes.

III. Familie. Akantholysen.

Pemphigus essentialis:
    a) acutus,
    b) chronicus.
  Varietäten:
    bullosus,
    foliaceus.

Gangraena cachectica infantum.

Achte Classe.
Chorioblastosen.

Wachsthums-Anomalien des Lederhaut- und des subcutanen Bindegewebes der Haut.

A. Uebermässige Entwickelung des Bindegewebslagers.

Einzige Familie. Hyperdesmosen.

Makrosomia.

B. Paratypisches Wachsthum des Bindegewebslagers der Haut (Paradesmosen).

I. Familie. Granulome der Haut.

Lupus essentialis (idiopathicus):
    a) tuberculosus,
        Varietäten:
            L. scleroticus,
            L. exuberans;
    b) erythematosus.

Scrophuloderma:
    papulosum et vesiculosum (Lichen scrophulosus),
    squamosum (Pityriasis scrophulosa),
    tuberculosum (Lupus scrophulosus),
        „ gummosum,
        „ ulcerosum.

Tuberculosis cutis.

Lepra:

tuberculosa,
maculosa,
anaesthetica.

Syphiloderma:

maculosum,
papulosum et squamosum,
vesiculosum,
bullosum,
pustulosum,
tuberculosum (Lupus syphiliticus),
" gummosum,
" ulcerosum.

Rhinoscleroma.

Granuloma fungoides.

II. Familie. Desmome der Haut.

Fibroma cutis,

a) disseminatum,
b) keloides,

Osteoma cutis,
Chondroma "
Lipoma "
Myxoma "
Hyaloma "
Xanthoma "
Myoma "
Neuroma "
Angioma "

a) Phlebangioma, } Varietäten: simplex,
b) Lymphangioma, } cavernosum.

Sarcoma cutis.

C. Schwund des Bindegewebslagers oder angeborene mangelhafte Entwickelung desselben.

Einzige Familie. Adesmosen.

1. Universell und diffus:

Liodermia essentialis (congenita?).

2. Partiell:
   Striae atrophicae cutis.

Neunte Classe.

Dermatomykosen.

Pilzkrankheiten der Haut und ihrer Anhänge.

I. Familie. Mykosis scutulata (favosa, lupinosa, Favus).

Dermatomykosis favosa,
Trichomykosis „
Onychomykosis „

II. Familie. Mykosis circinata (Herpes tonsurans, Ringworm).

Dermatomykosis circinata:
  Varietäten:
    D. maculo-vesiculosa,
    D. marginata (Eczema marginatum),
    D. diffusa (imbricata Manson).
Trichomykosis circinata.
Onychomykosis „

III. Familie. Mykosis pustulosa.

Dermatomykosis pustulosa (Impetigo contagiosa ?).
Trichomykosis pustulosa:
  Varietäten:
    Tr. barbae (Sykosis parasitaria),
    Tr. capillitii (Kerion Celsi).

IV. Familie. Mykosis furfuracea (pityrodes).

Dermatomykosis furfuracea (Pityriasis versicolor).

I. Familie. Mykosis [illegible] (favosa, [illegible]).

Dermatomykosis favosa.

[illegible]mykosis

II. Familie. Mykosis c[illegible] ([illegible] tonsurans, [illegible])

Dermatomykosis circinata:

Variationen:

D. maculo-vesiculosa.

D. marginata (Eczema marginatum [illegible]).

[illegible] (imbricata Manson).

Trichomykosis circinata.

[illegible]

III. Familie. Mykosis pustulosa.

Dermatomykosis pustulosa (Impetigo [illegible]).

Trichomykosis pustulosa.

Variationen:

Tr. barbae (Sykosis parasitaria)

Tr. [illegible] (Kerion Celsi).

IV. Familie. Mykosis furfuracea [illegible]

Dermatomykosis furfuracea. (Pityriasis versicolor)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie.

---

1. **Hans Hebra.** Beitrag zur Anatomie des Nagels. (Wiener med. Jahrb. 1. u. 2. Heft, 1880.)
2. **Zabludowski.** Der Verhornungsprocess während des Embryonallebens. (Mittheilungen aus dem embryolog. Institute der Wiener Universität. II. Bd. 1. Heft 1880.)
3. **Fleischer.** Zur Frage der Hautresorption. (Virchow's Archiv, LXXIX. Bd. 1880).
4. **Bulkley.** Ueber die Anwendung des Wassers bei Behandlung der Hautkrankheiten. (Chicago med. Journ. and Examiner. 1880. Jan. — Memorabil. 5. 1880.)

Nach Hans Hebra (**1**) bildet nicht, wie Unna angibt (siehe d. Vierteljhrsch. p. 411, 1876), die ganze Lunula die Nagelmatrix, sondern nur derjenige Theil derselben, welcher am meisten central (proximal) gelegen ist, während der peripherische (distale) Theil derselben, welcher in seiner Gestalt dem Durchschnitt einer biconvexen Linse gleicht, keinerlei Beziehung zum Wachsthum des Nagels haben soll. Als Beweisgrund für diese Anschauung führt Verf. die Thatsache an, dass nur der centrale (hintere, proximale) Theil der Lunula eigenthümlich spitze, kegelförmige Papillen enthält, wogegen der periphere (vordere, distale) Theil aus kammartigen und nach der Fingerspitze hin aus verstrichenen glatten Leistchen besteht. Die eigenthümliche Färbungsdifferenz zwischen Lunula und dem übrigen Theil des Nagelbettes sei einerseits durch den verschiedenen Gefässreichthum, andererseits auch dadurch bedingt, dass der Nagel über der Lunula direct auf der Malpighi'schen Schicht der Epidermis aufliegt, während an dem vorderen Theile des Nagelbettes sich zwischen Nagel und Malpighi'scher Schleimschicht die Körnerschicht

der Epidermis der Fingerspitze von vorneher einschiebt. Die eingeschobene Körnerschicht wird nicht zur Verdickung des Nagels benutzt, wie Verf. aus der Thatsache schliesst, dass dieselbe auf Querschnitten ein gestreiftes, der über ihr gelegene Nagel dagegen (jedoch nur in der untersten Schicht) ein feinpunktirtes Ansehen hat.

Aus Untersuchungen über den Verhornungsprocess während des Embryonallebens der Vögel, welche Zabludowsky (2) im Anschlusse an die bekannte Arbeit Unna's (siehe diese Vierteljahrsschr. pag. 407 ff. 1876) angestellt hat, zieht der Autor folgende Schlüsse:

1. Die Zellen des äusseren Keimblattes, welche beim Huhne ungefähr am 4.—5. Tage der Bebrütung aus zwei Lagen bestehen, werden in späteren Stadien (am 9. Tage der Bebrütung beim Huhne, dem 7. Tage bei der Taube) am Schnabel auffällig verdickt.

2. Die verdickte Masse wird durch die Theilung der ursprünglich vorhandenen Zellen gebildet. Die neugebildeten Elemente liegen zwischen den ersten beiden Zellenlagen.

3. Die neuformirten Zellen besitzen bald in ihrem Protoplasma grössere und kleinere tropfenartige Gebilde, welche sich aus dem Protoplasma der Zellen bilden und die hornige Masse gleichsam in weniger festem Zustande enthalten, ungefähr so, wie die Fettzelle das Fett enthält. Dieses Stadium ist beim Huhne ungefähr bis am 11. bis 12. Tage, bei der Taube am 7. bis 8. Tage der Bebrütung zu sehen.

4. Ist die Zelle von diesen Tröpfchen stark durchsetzt, so werden diese immer kleiner, bis sie die ganze Zelle einnehmen, wobei die Elemente des Schnabels härter werden. Dies beginnt beim Huhne am 12. Tage und ist am 17. Tage schon deutlich wahrnehmbar, während bei der Taube der Verhornungsprocess am 12. Tage nahezu vollendet ist.

5. Derselbe Vorgang zeigt sich am Oberhäutchen und in den tieferen Schichten des Schnabels. Nur werden in letzteren zuweilen die Körnchen in Form von Streifen in der Zelle angeordnet.

6. Das Aussehen der in Verhornung begriffenen Zellen, wie wir sie am Schnabel des Hühnerembryos vom 9. Tage und des Taubenembryos vom 7. Tage sehen, konnte Verf. an der Klaue von 14 Ctm. langen Schweinsembryonen beobachten.

In einer Arbeit über den Zusammenhang von Hautresorption und Albuminurie (siehe diese Vierteljahrsschr. p. 115 u. 611, 1879) hatte Lassar über eine grössere Reihe von Experimenten referirt, die er an Kaninchen angestellt hat, um den Einfluss der äusseren Application verschiedener Substanzen auf den Thierkörper kennen zu lernen. Er fand dabei, dass nach Einpinselungen von Olivenöl, Rüböl, Leberthran, Leinöl, Petroleum eine Infiltration der Organe des Kaninchens mit diesen Stoffen stattfindet und somit angenommen werden müsse, dass dieselben ohne Hinderniss die intacten Hautdecken passiren und in den Kreislauf gelangen. Nach seiner Ansicht ist es schwierig, den Weg zu erkennen, welchen diese Oele durch die Haut genommen haben, jedoch sprechen Osmiumpräparate am meisten dafür, dass es die Haarfollikel seien, welche eine bequeme Eingangspforte darstellen. Lassar findet es auffallend, dass Fleischer in seiner Arbeit über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut eine Aufnahme von Wasser, darin gelöster Substanzen und in Salbenform angewandter Medicamente geläugnet habe.

Fleischer (3) polemisirt nun dagegen, dass Lassar sich auf Beobachtungen von Unna stützt, welche beweisen sollen, dass die Haut des Kaninchens bezüglich des Resorptionsvermögens sich genau ebenso verhält wie die des Menschen. Bekanntlich habe Unna in seiner Mittheilung über Albuminurie während der Styraxeinreibungen Krätziger (s. d. Vierteljahrsschr. p. 116, 1879) hervorgehoben, dass in Folge dieser Kur bei einer kleinen Anzahl von Fällen Eiweiss im Harn auftritt und diese transitorische Albuminurie jedenfalls auf die Einwirkung des durch die Haut aufgenommenen und im Harn erscheinenden Styrax auf die Capillarwände in den Nieren zu beziehen ist. Lassar halte nun die scabiöse eczematöse Haut der normalen gleichwerthig. Die Unzulässigkeit solcher Schlussfolgerungen liege aber auf der Hand. Dagegen will Vf. zugeben, dass die längst bekannte Resorption von Wunden aus durch Unna's Beobachtungen wieder aufs Neue bestätigt ist. Was ferner die Theerintoxication betrifft, welche für eine Aufnahme durch die intacte Haut sprechen soll, so werden seines Wissens keine Theereinreibungen der normalen Haut gemacht (? A.) und so beweise diese Thatsache für Lassar nichts.

L. finde die Ursache, weshalb die Resorptionsversuche der verschiedenen Arbeiten so verschiedene Ergebnisse lieferten, in der Natur des auf die Haut gebrachten Stoffes.

Da nämlich die verhornte Epidermis keine Durchlässigkeit besitze, so können nur die Ausführungsgänge der Schweiss- und Talgdrüsen, die mit öligem Secret und Fettkörnchen gefüllt sind, wodurch das Eindringen von Wasser verhindert wird, die Communication vermitteln: Dadurch erklären sich die negativen Resultate bei Versuchen mit Wasser und darin gelösten Stoffen. Dagegen stehe der Aufsaugung von solchen Stoffen nichts entgegen, welche wie das Oel sich mit dem Inhalt der Drüsensubstanz mischen, oder wie alkoholische Lösungen dieselben verflüssigen können. Es beschränke sich also die Resorption, wie dies übrigens schon von anderen Forschern oft hervorgehoben ist, auf solche Substanzen und die darin gelösten oder fein suspendirten Ingredienzien, für die das Vorhandensein einer Fettschicht in den Ausführungsgängen der Hautdrüsen kein Hinderniss des Vordringens abgibt.

Der Verf. weist nun darauf hin, dass nach Lassar, da wir sehr viele Stoffe pulvern und mit Oel oder Fett fein verreiben können, welche nun in dieser Form aufgenommen werden sollen, die Resorptionsfähigkeit der intacten menschlichen Haut eine nahezu unbegrenzte sein müsste. Wäre dies richtig, so hätte Vf. bei den ausgedehnten Einreibungen seiner äusseren Haut mit Veratrin und Morphinsalben (0,5 p. d. Veratrin, 1,0 Morph. acet.) irgend einen Einfluss auf sein Allgemeinbefinden verspüren müssen. Diese Resultate ignorire L. ebenso wie die anderen zahlreichen Versuche, die mit Jodkalisalben (1. Jodkali einfach mit Fett verrieben, 2. mit dem Ungt. kal. jod. 3. mit in Alkohol gelöstem Jodkali und Fettzusatz, 13 Versuche) von ihm sämmtlich mit negativem Erfolg angestellt sind. Niemals sah Verf. auch nur Spuren von Jod im Harn auftreten, welches, wie Verf. vorher constatirt hatte, bei innerlicher Darreichung von 0,001 (also einer bereits für irgend einen Heileffect irrelevanten Menge) im Harn nachweisbar ist. Vf. habe überdies kürzlich noch einen Versuch gemacht und die Resorptionsbedingungen im Lassar'schen Sinn möglichst günstig zu gestalten gesucht. 1 Grm. Jodkali wurde in Glycerin gelöst und nach Mischung mit Olivenöl in dieser Linimentform in die Unterextremität einer Kranken eingerieben und dann durch geeigneten Verband nach aussen möglichst gut abgeschlossen. Der Harn der folgenden 48 Stunden (während derer die Salbe auf der Haut blieb) enthielt keine Spur von Jod. (Negative Erfolge beweisen Nichts. Dass aber Quecksilbersalbe durch die intacte Haut dringt, wird der Vf. wohl nicht läugnen. A.)

Bulkley fasst die Wirkungen des Wassers bei Hautkrankheiten in einem Aufsatze zusammen (4), dem wir Folgendes entnehmen:

Was zunächst den Gebrauch des Wassers i[illegible]unden Zustande betrifft, glaubt Verf., dass tägliche kalte Abwasc[illegible]it nachfolgenden Abreibungen sowohl mit Bezug auf [illegible] Haut, als auch die Constitution im Allgemeinen präventiv von ganz unschätzbarem Werthe sind.

Verbieten die Anlage des Nervensystems oder andere Verhältnisse den täglichen Gebrauch des Wassers in obiger Weise, dann sollten in bestimmten Zwischenräumen — einmal in der Woche — allgemeine warme Bäder genommen werden, zum Zwecke der Reinigung und Beförderung der Hautthätigkeit. — Von der beliebten häufigen Benützung russischer und türkischer Bäder von Seite Gesunder räth der Verf., als einem keineswegs gleichgiltigen mächtigen Stimulans, ernstlich ab. — Die Anwendung des Wassers bei Erkrankungen der Haut beurtheilt sich am besten unter folgenden Abtheilungen:

1. Gewöhnliche Wasserbäder, mit Einschluss der Fluss- und Seebäder. 2. Abwaschungen, Baden und Bähungen mit heissem oder kaltem Wasser. 3. Kalte oder warme Einpackungen — eigentliche Wasserkur. 4. Dampf- und heisse Luftbäder. 5. Bäder mit medicamentösen Zusätzen. 6. Natürliche Mineralwasserbäder.

1. Die gewöhnlichen warmen Bäder empfehlen sich beim chronischen Schuppeneczem, Psoriasis, Ichthyosis, Lupus und bei hartnäckigen, syphilitischen Geschwüren. Eine Gegenanzeige finden sie bei acutem Eczem und noch mehr beim subacuten, bei Urticaria, sowie überhaupt bei allen entzündlichen Affectionen der Haut. Wohl beachte man, dass man bei juckenden Ausschlägen Abreibungen nach dem Bade auf das nothwendigste beschränke. — Fluss- und Seebäder bewähren im Allgemeinen sich nicht, mit Ausnahme bei Psoriasis, bei der warme Seewasserbäder sehr wohlthätige Erfolge erzielten. In gewissen entzündlichen Affectionen der Haut — vor Allem bei Eczem und Acne, welch letztere der Verf. während der Badekur geradezu entstehen sah, und bei der er in älteren Fällen eine auffallende Verschlimmerung häufig beobachtete, soll man sich vor Seebädern hüten.

2. Abwaschungen und Bähungen mit kaltem oder heissem Wasser finden häufig Anwendung, wo sie direct schädlich wirken, so bei syphilitischen Geschwüren, die nicht selten jeder inneren Medica-

tion Widerstand leisten, so lange man an fleissigen Abwaschungen festhält, die aber ebenso rasch heilen bei einfach trockenem Verbande. — Beim Eczem der Kinder, speciell beim Eczema capitis erlaubt Bulkley höchstens zweimal die Woche eine Abwaschung und zwar nur, um unmittelbar nach derselben auf die reine Oberfläche ein zweckdienliches Mittel aufzutragen. Auch bei dem begrenzten Eczeme der Erwachsenen erweist sich häufiges Baden oder Bähen der ergriffenen Körpertheile als schädlich, wie ja bei gewissen Beschäftigungen, z. B. bei Wäscherinnen, Schankkellnern erfahrungsgemäss eine Heilung unmöglich ist, so lange sie ihrem Geschäfte nachgehen. Andererseits leisten fleissige Abwaschungen und Abreibungen vortreffliche Dienste bei dem umschriebenen Eczeme mit bedeutender Verdickung der Haut und unerträglichem Jucken. Nichts beruhigt beim Eczem des Afters und der Vulva mehr, als das Anpressen eines in heisses Wassers getauchten Tuches, so heiss als man es ertragen kann, 2—3mal hintereinander erneuert und gefolgt von medicamentösen Einreibungen. Bei Pruritus und Eczema scroti erzielte B. die günstigsten Erfolge durch Eintauchen dieser Theile in einen mit sehr heissem Wasser gefüllten Topf. — Chronische Eczeme der Palma manus, mit harter, trockener, rissiger Oberfläche und dadurch bedingter Unbrauchbarkeit der Hand schmelzen hinweg nach dem Eintauchen derselben in nahezu kochendes Wasser und nachfolgendem Auflegen von Diachylonsalbe. — Indolente Fussgeschwüre verändern sich sichtlich und vernarben rasch bei abwechselnden Applicationen von kaltem und heissem Wasser mittelst Tüchern. — Ueberraschend sind oft die Erfolge mit heissem Wasser in gewissen Formen der Acne. Während ein längeres Baden des Gesichtes in einfach warmem Wasser das Leiden verschlimmert, bemerkt man das Gegentheil bei Bähungen des Gesichtes mittelst 2—3mal innerhalb 3 Minuten gewechselter, in sehr heisses Wasser getauchter Leinwandlappen. Ist es angezeigt, lässt man Scarificationen der einzelnen Pusteln vorausgehen.

3. Die eigentliche Wasserkur sollte nur selten bei Hautkrankheiten verordnet werden. Werth habe sie nur bei der acuten Psoriasis und nach Hebra beim allgemeinen acuten Eczeme (je nachdem A.).

4. Dampf- und heisse Luftbäder werden im Allgemeinen wegen mangelnder Einrichtungen nur selten in Betracht kommen. Viel leisten beide nicht; doch hält B. das heisse Luftbad mit nachfolgender kalter Douche empfehlenswerther und sicherer. Eine

entschiedene Wirkung vindicirt der Verf. den Mercurialdampfbädern in syphilitischen Hautausschlägen bei zweifellos festgestellter Diagnose, sonst können dieselben, sowie die Schwefeldampfbäder im Ganzen mehr Unheil anstiften als Nutzen bringen.

5. Bäder mit medicamentösen Zusätzen nehmen nach B. einen hohen Rang in der Hydrotherapie ein, nicht nur insoferne die örtliche Erkrankung der Haut in Betracht kommt, sondern wegen ihrer constitutionellen Wirkung im Allgemeinen. Die Erfahrung lehrt, dass warme Bäder, insbesondere mit Zusatz von Alkalien, ein gut Theil zur Verbesserung des Allgemeinbefindens und zur Beseitigung des örtlichen Leidens beitragen, selbst an Orten, die nicht mit dem Bade in Berührung kommen, so bei Acne und in einzelnen Formen von Eczem des Kopfes und Gesichtes. — Bulkley's am meisten in Gebrauch gezogene Mischung besteht aus 120 Grm. Kal. carbon.; 60 Grm. Natr. carbon. und 30 Grm. pulveris. Borax mit $^1/_8$—$^1/_4$ Kilo Stärke auf ein Bad von 120 Liter Wasser. Dies gibt ein mildes alkalinisches Bad, wirkt beruhigend in den meisten Fällen und heilend im subacuten Eczem und in Urticaria. Man lässt den Kranken vor dem Zubettegehen, bei einer Temperatur von 30—40° C., durch 15 bis 20 Minuten in diesem Bade. Verlässt er dasselbe, so darf die Haut bei juckenden Ausschlägen nur mit gewärmten Tüchern abgetrocknet, aber nicht abgerieben werden, worauf man die erkrankten Flächen mit einer entsprechenden Salbe, z. B. Stärkeglycerin oder Cosmoline 50 Grm., Acid. carbol. 0,5—1,00 bedeckt. Selbstverständlich können alle die genannten Ingredienzien vermehrt oder vermindert werden, so bei Psoriasis, Prurigo, Ichthyosis. — Schwefelkalium erprobte B. als unzuverlässig. Zusätze von Sublimat gegen Syphiliden und Lupus sind bekannt und besonders von Hebra empfohlen.

6. Natürliche Mineralwasserbäder endlich haben ohne Zweifel in bestimmt ausgewählten Fällen ihren Nutzen, obgleich B. glaubt, dass ihr Werth im Allgemeinen überschätzt wird.

5. **Matthés.** Ein Fall von Eczema universale. (Memorabilien 4, 1880.)

6. v. Genser. Ueber die Anwendung der Salicylsalbe bei Eczemen und anderen Hauterkrankungen kleiner Kinder. (Ctr.-Ztg. f. Kinderheilk. 1879.)

7. **Johne.** Ueber Sarkoptesräude bei den Katzenraubthieren im zoologischen Garten zu Dresden. (Arch. f. Thierheilkunde VI. S. 145. — Ctbl. Nr. 30, 1880.)
8. **v. Lesser.** Ueber die Todesursachen nach Verbrennungen. (Virchow's Archiv Bd. LXXIX. p. 248. 1880.)
9. **Ponfick.** Derselbe Gegenstand. (Centralbl. für d. med. Wissensch. Nr. 11 u. 16, 1880.)
10. **Loebl.** Beitrag zur antiseptischen Therapie des Erysipels. (Wiener med. Presse Nr. 26, 1880.)

Die Behandlung eines schweren Falles von universellem Eczem nach Matthés (5) bestand im Wesentlichen darin, dass Verf. den Pat. sorgfältig in Flanellbinden einwickelte, die dick mit Ung. diachylon Hebra bestrichen waren: und zwar blieb kein Theil der Haut mit Ausnahme der Kopfhaut (über deren Behandlung weiter unten das Nähere) der Einwirkung der Salbe entzogen. Jeder Finger, jede Zehe wurde für sich eingewickelt, am Stamm die Salbenlappen so gut als es eben ging befestigt, das Gesicht mit einer Maske bedeckt, deren Innenwand, mit Flanell gefüttert, die Salbenmasse aufnahm. Der Verband wurde Morgens und Abends gewechselt, die mit Salbe imprägnirten Flanellstücke oberflächlich mit einem stumpfen Messer von Salbe gereinigt, dann frische aufgetragen und so wieder aufgelegt. Alle acht Tage wurde frischer Flanell in Anwendung gezogen. Gewaschen wurde an dem Pat. nichts, und zwar während der ganzen Dauer der Salbencur, die 7 Wochen in Anspruch nahm. Schon nach den ersten Tagen der Salbenanwendung verschwanden die Borken und heilten die Kratzeffecte, die Haut war roth, juckte auch noch stark und von Tag zu Tag wurden neue Nachschübe von Eczembläschen bemerkt. Diese wurden aber bei consequenter Durchführung des eingeschlagenen Verfahrens immer seltener, so dass nach sieben Wochen dieser allerdings für den schwächlichen Pat. ziemlich anstrengenden Behandlung an ungefähr $^9/_{10}$ der Haut die Salbe entfernt und zur Theeranwendung geschritten werden konnte.

Diese bestand darin, dass Verf. an sämmtlichen nicht mehr nässenden aber noch rothen, schuppenden und juckenden Hautstellen gutes Ol. rusci mit einem steifen Borstenpinsel in möglichst dünner Schicht auftrug und gut mit festem Pinselstrich in die Haut verrieb. Dieses Eintheeren wurde so lange täglich wiederholt, bis auf der Haut

der Theer gut haftete und auch nach Tagen noch die leicht braune Färbung sichtbar blieb. Im Laufe von vier Monaten war nach und nach die ganze Decke zum Normalen zurückgekehrt und vertrug ohne Reaction das Wasser. Dazu trug Pat. ein Flanellhemd und Flanellunterhosen. Das Juckgefühl war verschwunden und Pat. wurde vollkommen hergestellt entlassen.

Das Eczem der Kopfhaut des Pat. behandelte Verf. in folgender Weise: Die Kopfhaut wurde mit gutem Olivenöl während einiger Tage auf das reichlichste eingeölt und darüber eine Flanellhaube getragen. Nachdem sämmtliche Borken durch das Oel erweicht waren, wurden die kranken Stellen tüchtig mit Seifengeist (Spir. saponat. kalin.) abgeseift, was in der Weise geschieht, dass man einen feuchten Flanelllappen durch Aufgiessen von Seifengeist tränkt und dann so lange damit die Kopfhaut einreibt, dass ein dichter Seifenschaum dieselbe bedeckt. Diesen spült man dann durch ein ziemliches Quantum lauwarmen Wassers ab, macht die Kopfhaut mit einigen Handtüchern gut trocken, und ölt sofort wieder tüchtig ein. Zur Bedeckung dann die Flanellhaube. Die Besserung ist sofort eine auffällige und rasch vorwärts schreitende, und fährt man mit der ganzen Procedur so lange fort, bis die Kopfhaut normales Aussehen hat, gebraucht aber die Vorsicht noch längere Zeit gut einzuölen.

Die Salicylsalbe wird in der Wiener Findelanstalt durch nahezu 2 Jahre bereits gegen Eczem in Verwendung gezogen. Die Resultate der Beobachtungen nach v. Genser (6) sind folgende: Die Salicylsalbe hat bei nässenden Eczemen eminent günstige Erfolge. Die damit behandelten kranken Hautpartien trocknen in kurzer Zeit ab, die anfangs noch stark geröthete Haut schuppt sich öfters ab, wird dabei immer blässer und schliesslich ad integrum restituirt. Nachtheile wurden gar keine von der Salbe gesehen; sie bewirkt natürlich unmittelbar nach ihrer Application ein mehr oder minder heftiges Brennen, die Kinder schreien ein bischen, beruhigen sich aber bald wieder. Selbstverständlich darf man von der Salbe nicht zu viel erwarten: sie hindert nicht das Aufschiessen neuer Eczembläschen in der Peripherie, also das Weiterschreiten des Eczemes; einzelne Fälle bewährten sich auch unter der Einwirkung der Salicylsalbe als äusserst hartnäckig, konnten aber schliesslich doch der Heilung zugeführt werden, ohne dass man genöthigt war, interne Mittel in An-

wendung zu ziehen. Weniger günstig wirkte die Salicylsalbe bei trockenen schuppenden Eczemen, wie sie bei Säuglingen öfters, besonders im Gesichte vorkommen: in diesen Fällen hat sich immer noch der Theer am besten bewährt. Gute Erfolge wurden mit der Salbe auch bei Intertrigo der Kinder gesehen. Ferner wurde die Salicylsalbe ausser bei Eczemen auch bei der von Ritter sogenannten Dermatitis exfoliativa (siehe diese Vtljhrschr. 1879, pag. 129) in Verwendung gezogen. Ritter hebt hervor, dass manchmal das von der Epidermis entblösste Corium stark nässe, manchmal bald trocken und rissig werde. Gerade bei der ersten Form, welche zugleich die weitaus häufigere ist, traten die Vorzüge der Salicylsalbe sehr ins Auge, indem, gleichwie bei den Eczemen, das Nässen bald zum Stillstand gebracht wurde, worauf in jenen Fällen, die überhaupt zur Heilung gelangten, sehr bald eine feine Oberhaut sich bildete, die, anfangs kleienförmig abschuppend, nach und nach zur Norm zurückkehrte.

Weitere Heilerfolge wurden mit der Salicylsalbe bei den so lästigen Excoriationen der Brustwarzen der Ammen, wenn dieselben nicht zu tief gingen, wo dann überhaupt fast regelmässig jede Therapie, so auch die ausgiebigsten Aetzungen mit Lapis en crayon, scheitert. Die Dose war 4%.

Rp. Acid. salicyl. 2·0, Solve in pauc. Alc. rctftss., Ungt. emoll. 50·0, m. f. ungt. Die Salbe wird auf die von den Krusten und Borken früher gut gereinigten Hautstellen aufgelegt, wo dies möglich, oder öfter im Tage eingerieben, wo kein Verband anzubringen ist. Eine stärkere procentualische Zusammensetzung der Salbe, wie z. B. Fleischmann angibt (2 : 5—5 : 35), ist überhaupt nicht nöthig, ja kann sogar manchmal durch zu starke Reizung der Haut eher schädlich wirken; man war dann genöthigt, zur milderen Salbenform zurückzukehren; in heftigen Fällen von Dermatitis exfoliativa, wo fast die gesammte Epidermis abgehoben ist, war von Anfang an eine noch schwächere Dosirung (3—2%) in Anwendung.

Bei mehreren Leoparden und Löwen fand Johne (7) einen Räudeausschlag, der durch Perubalsam (in Spiritus gelöst und durch kräftige Gebläse zerstäubt) geheilt wurde. In den Räudeborken fanden sich grosse Mengen von Milbeneiern und von Sarkoptes-Individuen, die der Species Sarkoptes communis angehörten, also derselben Milbenart, welche auch die menschliche Krätze erzeugt.

v. Lesser hat (8) Experimente angestellt, um die reflectorische Hypothese Sonnenburg's, wonach der rasche Tod nach ausgedehnten Verbrennungen durch reflectorische Herabsetzung des Gefässtonus bedingt sein soll, von Neuem experimentell zu prüfen. Für die reflectorische Hypothese liegt ihm zufolge keine Berechtigung vor. Die Annahme einer Ueberhitzung des Gesammtblutes wird durch sorgfältige Temperaturmessungen als unrichtig hingestellt. Während bei Kaninchen bei Verbrühung in siedendem Wasser die subcutane Temperatur bis 70° C. und höher steigen kann, erhebt sie sich bei Hunden nur um wenige Grade über die Norm. Ebenso erscheint die Annahme des tödtlichen Ausganges durch die Unterdrückung der Hautperspiration als nicht stichhaltig. Dass dagegen Veränderungen im Blute selbst beim Durchströmen der verbrannten Bezirke eintreten müssen, dafür spricht nach dem Vf. nicht nur die hochgradige Temperatursteigerung unter den verbrannten Hautbezirken, sondern auch die experimentell festgestellte lange Nachdauer dieser Temperatursteigerung. In der That finden sich nach jeder intensiven Verbrennung oder Verbrühung ausgeprägte Veränderungen an den rothen Blutkörperchen, reichliche zackige Formen, ausgelaugte Scheiben (Schatten), viele Bröckel von rothen Blutscheiben und körniger sowie auch gelöster Blutfarbstoff, welcher das Serum intensiv dunkelroth färbt. Falls die Individuen die Verbrennung überleben, werden der frei gewordene Blutfarbstoff und die veränderten Blutscheiben allmälig durch die Nieren ausgeschieden, was durch zahlreiche Untersuchungen des Urins und durch genaue Durchmusterung der Nieren auf Schnitten erwiesen wird. Hierbei erleidet das Parenchym der Nieren nur minimale Veränderungen, trotzdem dass neben dem Blutfarbstoff auch Bildung von hyalinen und Epithelialcylindern zu Stande kommt. Auch in keinem der anderen Organe (Leber, Herz, Lungen, Darm) konnten tiefergreifende Veränderungen aufgefunden werden.

Wenn das Individuum längere Zeit nach der Verbrennung am Leben bleibt, so verschwindet der gelöste und der amorphe Blutfarbstoff allmälig aus dem Harn und aus den Harnkanälchen. Solche Thiere verhalten sich ganz so, wie diejenigen, denen man auf irgend einem Wege, sei es durch die Vena jugularis oder durch eine Mesenterialvene oder ins arterielle System oder selbst in die Lymphgefässe (z. B. durch parenchymatöse Einspritzungen in den Hoden) während kurzer Zeit hochgradig (nur nicht über die Coagulationsgrenze des

Eiweisses!) erhitztes Blut eingespritzt hat. Sie verhalten sich aber auch analog den Thieren, bei welchen entweder eine directe Blutüberleitung von verbrannten Thieren oder die Einspritzung defibrinirten und von verbrannten Thieren gewonnenen Blutes gemacht wurde. Jedenfalls folgt hieraus, dass die in den verbrannten Hautbezirken oder die mit ihr gleichwerthige, künstlich ausserhalb des Organismus erzeugte Ueberhitzung des Blutes zwar die Zusammensetzung desselben hochgradig alterirt, aber keine giftigen Substanzen entstehen lässt, welche auf die verschiedenen Organe, im Besonderen auf die Nervencentren, vergiftend wirken könnten. Allerdings finden sich öfters ausgedehnte Gerinnungen sowohl im Herzen, wie in verschiedenen Capillarbezirken, besonders im Darm, mit Blutaustretungen in die Darmschleimhaut, innerhalb der Körpermusculatur, in der Serosa des Bauchraumes und der Brusthöhle, namentlich wenn die Hautverbrühung bis an diese Bezirke heranreichte. Diese Sectionsergebnisse stimmen überein mit denjenigen, welche Naunyn und Franke bei Einspritzungen von ebenfalls lackfarbenem Blute antrafen; nur war in diesen Versuchen das Blut durch Gefrieren und Wiederaufthauen des Blutes gewonnen. Noch grösser ist die Uebereinstimmung mit den Befunden Köhler's, wenn er Lösungen von Fibrinferment in die Blutbahn einführte. Allein die Summe der pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Leichen Verbrannter ist eine so wechselnde und inconstante, dass jedenfalls die meist negativen Sectionsergebnisse bei rasch auf die Verbrennung folgenden Todesfällen eine andere Erklärung bedürfen. Dieselbe wird aber leicht gefunden, wenn man die Blutveränderungen bei Verbrannten mit denjenigen vergleicht, wie sie bei Vergiftungen mit Kali chloricum, mit Pyrogallussäure, mit Nitrobenzol und vor Allem bei der Kohlenoxydgasvergiftung von anderen Forschern festgestellt wurden. Besonders mit der letzteren bietet nach v. L. auch der Symptomencomplex der Verbrennungen die grösste Analogie. Indem das Blut die verbrannten Körperbezirke durchströmt, erleiden die rothen Blutscheiben, je nach der Höhe der einwirkenden Temperatur und je nach der Dauer derselben, in grösserer oder kleinerer Zahl Veränderungen. Diese ziehen entweder direct den Zerfall der Zellen nach sich, was (den Ergebnissen der mehrfachen Blutkörperchenzählung nach) nur in untergeordnetem Masse geschieht; — oder die Zellen büssen trotz erhaltener Form ihre Lebensfähigkeit und ihre Functionseigenschaften ein und werden so unmittelbar für den Respi-

rations- und den Stoffwechsel untauglich, wenn sie auch erst allmälig innerhalb des Blutstromes zu Grunde gehen. Wie Claude Bernard die Wirkung einer Kohlenoxydgasvergiftung mit derjenigen von mehr oder minder reichlichen Aderlässen verglichen hat, so bezeichnet der Vf. den Zustand, der durch eine schwere Verbrennung hervorgerufen wird, als eine acute Oligokythämie im functionellen Sinne. — Je nach der Zahl der ertödteten Blutkörperchen wird der Organismus die Verbrennung überleben oder nicht — gerade wie bei directen Blutverlusten. Dabei nimmt nicht die Lebensgefahr direct mit der Höhe der einwirkenden Temperatur zu. Im Gegentheil wird die Einwirkung der Glühhitze, wo die Theile verkohlt werden, mit sofortiger Unterbrechung der Circulation, viel seltener allgemein bedrohlich werden. Hauptsächlich kommen hier die Dauer der Verbrühung und die Dicke und Resistenzfähigkeit des Hautorgans in Frage. Zarthäutige Individuen sind am meisten gefährdet wie die Kinder. Sie gehen zu Grunde unter Symptomen, wie bei einer allmäligen Verblutung, wo der primären Aufregung bald Somnolenz und volle Apathie folgen. — Tritt der lethale Ausgang nicht sehr bald ein, so drohen den Ueberlebenden weitere Gefahren dadurch, dass die an den verbrannten Bezirken sich entwickelnden Zersetzungsprocesse auf die hochgradig anämischen Individuen in bekannter Weise viel intensiver einwirken, als wenn gleich in- und extensive Vorgänge bei Personen mit normaler Blutmischung sich abspielten.

Die Unfähigkeit des Blutes Verbrannter für den Lebensunterhalt wird durch Transfusionen von künstlich überhitztem Blut und durch directe Blutüberleitung aus verbrannten Thieren in andere, aber durch Aderlässe vorher anämisch gemachte Thiere erwiesen. Diese Thiere gehen trotz Transfusion überhitzten Blutes zu Grunde, während die Einleitung des Blutes von Verbrannten bei normal blutreichen Individuen von keinen schädlichen Folgen begleitet war.

Die therapeutischen Indicationen aus v. L.'s Untersuchungen ergeben sich von selbst. Für die Fälle von raschem lebensgefährlichen Collaps ist die Zufuhr functionsfähigen Blutes das einzige Rettungsmittel, wie es bereits Ponfick auf Grund seiner experimentellen Ergebnisse in gleichem Sinne empfohlen hat. Bei den Ueberlebenden ist aber durch die strenge Durchführung der antiseptischen Wundbehandlung jede Zersetzung auf den verbrannten Theilen möglichst hintanzuhalten. Verf. verspricht sich hiervon auf

Grund neuerer klinischer Erfahrungen die Möglichkeit der Lebensrettung in einer grossen Zahl von ausgedehnten Verbrennungen, die bisher als mit dem Fortbestand des Lebens unverträglich angesehen wurden. Aber auch im späteren Verlauf solcher Fälle sei die Ausführung einer späten Transfusion dringend indicirt, wenn die Patienten zu collabiren drohen, oder wenn der Heilungsprocess der Wunden einen Stillstand macht. — Ob man vor der Zufuhr functionsfähigen Blutes ein gewisses Quantum des eigenen Blutes Verbrannter ablassen soll oder nicht, muss von dem Zustand der Nierenfunction der Verunglückten abhängig gemacht werden, da ja die Nieren das ganze Ausscheidungsgeschäft der Zerfallsprodukte zu übernehmen haben, die bei einer Verbrennung aus den ertödteten rothen Blutscheiben entstehen.

Ponfick macht in zwei Aufsätzen (9) darauf aufmerksam, dass die Lehrsätze, welche v. Lesser in seinem Aufsatze „über die Todesursachen nach Verbrennungen“ über diese Ursachen aufstellt, schon vor Jahren von ihm selbst (zum Theil auch von Wertheim) als die Ergebnisse experimenteller Untersuchungen ihrer Wesenheit nach ähnlich formulirt, wenn auch nicht mit Beifügung des gesammten Beweismaterials abgedruckt worden sind, und dass auch er damals schon empfohlen habe, bei dringenden Fällen ausgedehnter Verbrennung die Transfusion als Heilmittel zu versuchen.

Loebl empfiehlt (10) zur Behandlung des Erysipels Bepinselungen so wie Umschläge mit einer Carbollösung; er benützt hierzu 0,2 Acid. carbol. auf 50,0 Glycerin. In drei in dieser Weise behandelten Fällen trat die Wirkung des Präparates rasch hervor.

11. **Treub.** Scharlach-Epidemie in einer chirurgischen Krankenabtheilung. (Ctlbl. f. Chir. Nr. 18, 1880.)

12. **Fürbringer.** Bemerkungen über die im Winter 1879—80 in der Jenenser Districts-Poliklinik beobachtete Masern-Epidemie. (Correspondenz-Blätter des Allgem. ärztl. Vereines von Thüringen, Nr. 5, 1880.)

13. **Pincus.** Ueber Vaccine und Variola. (Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin. Sitzg. v. 4. Juni, Nr. 14, 1880.)

14. Platt. Zur Verhinderung der Narbenbildung bei Variola. (New-York med. Rec. 22. März 1879.)

15. Semaria. Derselbe Gegenstand. (Gaz. med. Ital. Lomb. Aug. 1878.)

Im Anschluss an Riedinger (d. Vljsch. p. 106, 1880) referirt Treub (**11**) über 5 in der Leidener chirurgischen Klinik im Winter 1879/80 während des Herrschens einer schweren Epidemie in der Stadt selbst beobachteten Scharlachfälle, wovon 3 starben. Da indessen ausser diesen 5 noch 4 vereinzelte Scharlach-Infectionen auf den anderen Hospitalabtheilungen gleichzeitig vorkamen und diese 4 alle Patienten ohne äussere Wunden betrafen, so stimmt Vf. Riedinger darin nicht bei, dass zwischen Trauma und Scharlach ein ätiologischer Zusammenhang bestände, vielmehr könnte man aus seinen Fällen eher den gegentheiligen Schluss einer gewissen Immunität der chirurgischen Kranken gegen Scarlatina ziehen.

Einem Berichte von Fürbringer (**12**) über eine in der Jenenser Districts-Poliklinik 1879—80 beobachtete Masern-Epidemie (173 Fälle) entnehmen wir folgende, auf die Therapie besonders der katarrhalischen Pneumonien und Bronchitides bezügliche Daten:

Von Medicamenten wurde nur selten Gebrauch gemacht, Brechmittel nur bei massenhaftem und verbreitetem Rasseln zugelassen, von der Darreichung der sog. Expectorantien (Ipecac., Seneg., Salm., Apomorph., Antimonialien etc.) ganz abgesehen, als Reizmittel, nachdem grössere Dosen von Liq. Ammon. anis. als häufig durchfallerregend erkannt worden, nur Campher (neben viel Wein) gereicht, als Antipyreticum nur — selten — Chinin (niemals Digital., Veratrin., auch nicht Salicylsäure) und von Narcoticis nicht ein Milligramm zugelassen. Dagegen wurde, sobald die bekannten Erscheinungen ausgesprochener Atheminsufficienz sich entwickelt (und nicht erst, wenn Coma eingetreten, Husten und Puls geschwunden), zur Vornahme lauwarmer Bäder mit kalten Begiessungen geschritten, an deren Stelle nur bei unüberwindlichem Widerstande Seitens der Angehörigen kalte Einwickelungen und kühle Bäder gesetzt wurden.

Die Menge des auf 25—28° temperirten Badewassers wurde um so reichlicher bemessen, je jünger das Kind (Säuglinge sassen bis fast an die Schultern im Bade), das kalte Wasser zu mehreren Litern in dünnem Strahl über Kopf und Oberkörper gegossen, in einigen

Fällen auch auf den Jürgensen'schen Hinterhauptspunkt dirigirt. Frequenz der Bäder je nach Massgabe der drohenden Erscheinungen viermal täglich bis zweistündlich; in einem Falle (Pneumonie mit hohem Grad von Kohlensäurenarkose) wurden drei Tage und drei Nächte hindurch die Bäder stündlich (über 70 in einer halben Woche!) gegeben — das anscheinend hoffnungslos erkrankte rachitische, $^3/_4$jährige Kind genas.

Die Wirkung dieser Procedur gipfelt in der Auslösung energischer Reflexbewegungen der gesammten Respirationsmusculatur (die sich häufig mit kräftigem Schreien und Husten verbinden); im tiefen Einathmen muss der mächtigste Feind gegen die Atelectase als Grundlage der pneumonischen Infiltration, gegen das Darniederliegen des Gaswechsels und mithin gegen drohende Lähmung der Respirationsmuskulatur erblickt werden, wie sich an dem Verhalten der Herzthätigkeit, der Athmung, dem Schwunde der Somnolenz nach erfolgter Begiessung nachweisen lässt. Auch der antipyretische Effect ist selbst bei einer ursprünglichen Wassertemperatur von 28° ein annehmbarer.

Stets wurde vor und nach dem Bade mit dreisten Dosen starken Weines (Marsala) zur Verhütung des Collapses gereizt. Letzterer wurde als unmittelbare Folge des Bades zweimal gemeldet (einmal letal), gerade in diesen Fällen, wie der Verf. meint, wegen zu geringer Menge und zu niedriger Temperatur des Badewassers, sowie ungenügender Weinzufuhr.

Verf. hält die Behandlung nicht für unfehlbar. Trotz derselben, abgesehen von fünf durch hinzugetretene Diphtherie, Phlegmone etc. herbeigeführten Todesfällen und einem moribunden Kinde hat der Vf. nur vier Kinder verloren. Aber diesen vier Fällen stehen (ganz abgesehen von der Zahl der nicht durch Morbillen bedingten Pneumonien) zwölf genesene gegenüber (darunter drei unter dem ersten und zwei unter dem zweiten Lebensjahre), die sämmtlich schwer verliefen. Vergleicht man diese Zahlen mit früheren Statistiken der Morbillenpneumonie-Mortalität (Bartels sah alle Kinder unter einem Jahre sterben, Trousseau von seinen 22 Fällen überhaupt nicht einen genesen), so wird, wie der Verf. glaubt, das unbefangene Urtheil wirkliche Erfolge gewiss nicht von der Hand weisen.

Pincus exponirt (**13**) seine Anschauungen über Variola und Vaccine in folgender Weise: Wenn man ein Kalb mit Vaccine impft

und die Impfung wiederholt, sobald die Immunität eingetreten ist; und wenn man bei der ersten und zweiten Impfung alle 12 Stunden 1—2 Impfstellen herausschneidet und mikroskopisch vergleicht, so treten zwei Differenzen hervor:

Bei der ersten Impfung wird die Entzündung, welche auf die kleine Verletzung und den Giftimport folgt, im Verlaufe des ersten Tages für 1—2 Tage unterbrochen; und ferner: es tritt früh eine Verhornung des Rete durch seine ganze Dicke in weiterem Umfange ein.

Bei der zweiten Impfung fällt die Unterbrechung der Entzündung fort, diese steigert sich vielmehr zu einer circumscripten Eiterung, und die Verhornung des Gewebes vollzieht sich, wie bei einer einfachen Verletzung, nur an der obersten Schicht.

Die Immunität ist mithin durch eine doppelte Umstimmung des Körpers erzeugt worden: das Rete ist so widerstandsfähig geworden, dass das Impfgift nicht mehr im Stande ist, eine schnelle Verhornung der Zellen herbeiführen, und nicht mehr im Stande, aus den Zellen des Rete die antiphlogistisch wirkende Materie abzuspalten (oder aus sich selbst zu entwickeln).

Wodurch entsteht der weitere specifische Process (die Entzündung, das Fieber, der Stoff, welcher durch Umstimmung des Rete die Immunität erzeugt)?

Die, wenn auch überhastete Verhornung ist schwerlich anzuschuldigen. Aber es finden sich in jedem Impfknötchen nekrotische Partien: die Nekrose der Wundränder lässt sich durch sorgfältige Technik vermeiden, ist also für den Process unerheblich; es findet sich aber gegen Ende des zweiten Tages in einer gewissen Entfernung von den Wundrändern eine Nekrose, die nur wenige Retezellen umfasst; sie zeigt sich etwas früher im Protoplasmamantel als im Kern.

In den Stoffen, welche durch das Impfgift aus den wenigen Zellen (bevor die Nekrose in ihnen entsteht), abgespalten werden, sieht P. den Ausgangspunkt des weiteren specifischen Processes. Es gelang nicht, über die chemische Natur dieser vermutheten Abspaltungsprodukte Mittheilenswerthes festzustellen; es verdient vielleicht nur Erwähnung, dass an diesen Zellen und ihrer nächsten Umgebung sehr feine, körnige oder zart lineäre Farbstoffausscheidungen sich finden (die bei vorgenommenen Prüfungen der angewendeten Farbstoffe bei Einwirkung eines freien Alkalis sich bilden).

P. bezeichnet diese Nekrose als primäre, um sie von der späteren zu unterscheiden, welche aus der wieder auftretenden intensiven Entzündung sich herausbildet.

Bei der zweiten Impfung fehlt die primäre Nekrose vollständig.

P. widerräth bei der mikroskopischen Färbung die von sehr beachtenswerthen Forschern empfohlenen starken Lösungen; ihm erwies sich am vortheilhaftesten auf 100,0 Aq. dest. für das Kalb 60—70 Tropfen, für das Schaf 40—50 Tropfen einer gesättigten alkoholischen Lösung von z. B. Methyl-Violett; hierbei färbt sich der Kern der Retezellen zart blau an den Kernfiguren und der Hülle, das Protoplasma violett. Für den Bereich der Coagulations-Nekrose ergibt sich hierbei, dass die Kerne nicht geschwunden sind, so lange das Gewebe überhaupt noch einen morphologisch bestimmbaren Charakter hat; sie färben sich blaugrau und in toto.

Die Mikrokokken entwickeln sich im Stratum corneum, wenn überhaupt, zuweilen continuirlich: Pünktchen neben Pünktchen; in dem Gewebe, welches durch die Impfverletzung direct gestört ist; in kleinen, unregelmässig umgrenzten Häufchen; in dem dicht daran stossenden Bezirk (zwischen Region der Impfverletzung und Region der Gerinnungsnekrose) so lange noch keine vollständige Verhornung erfolgt ist, so lange also noch Saftstrom vorhanden, an zwei Orten: in den Kernen der Zellen (nicht im Protoplasma) und im Haarbalg dicht nach aussen von der innersten Schicht („Oberhäutchen") desselben, nach P.'s Meinung: wegen der verhältnissmässigen Ruhe der Orte, nicht wegen ihrer chemischen Beschaffenheit. Sobald vollständige Verhornung oder gar secundäre Nekrose, also Ruhe vor der Saftströmung eingetreten ist, erfolgt die weitere Entwicklung der Mikrokokken ganz continuirlich: eine ununterbrochene Punktreihe mit vielen eingelagerten Ballen. Vf. glaubt, dass die Ballenform, falls sie scharf umgrenzt ist, diesen scharfen Contour nur durch die Hohlräume des thierischen Körpers erhält; er glaubt nicht, dass die Mikrokokken der Pocken sich im strömenden Blute entwickeln können.

Vf. bestätigt die Angaben von Weigert[1]) und E. Klein[2]) über

---

[1]) S. dies. Archiv pag. 438, 1872.

[2]) S. diese Vierteljahresschr. pag. 76, 1876. Die Untersuchungen von Klein sind auf dem Continent fast nur in dem Auszuge des „Mikroskop. Journ.", nicht aus den „Philos. Transact." bekannt geworden; und es ist auch nicht ausreichend bekannt, dass seine späteren Untersuchungen ihn

das Vorhandensein grösserer Anhäufungen der Mikrokokken im bindegewebigen Theile der Cutis bei Variola, resp. Ovina und berichtet von dem Vorhandensein scharfumschriebener kreisförmiger oder elliptischer Figuren, welche neben den Mikrokokken-Anhäufungen sich finden und (im sonst ungefärbten Gewebe) die Färbung der Mikrokokkenhülle zeigen, ohne eine Spur von punktförmigen Gebilden; er hält es für unmöglich, zu entscheiden, ob es sich hierbei um „Zoogloea“ handelt, die sich von den benachbarten Mikrokokkenhaufen abgelöst habe, oder um Brutstätten von Sporen, die jenseits der Leistungsfähigkeit unserer Instrumente liegen.

Da u. A. auch mit Rücksicht auf die Incubation nach solchen Sporen immer gesucht wird, glaubt P. mit Bestimmtheit aussagen zu dürfen: die Incubationsdauer bei Vaccina und Variola ist nicht bedingt durch eine Weiterentwicklung des importirten Giftes, sondern durch die Zeit, welche vergeht, ehe die chemisch alterirten Retezellen das in ihnen entstandene Gift entbinden; und dieses aus dem thierischen Körper abgespaltene Gift wirkt nun seinerseits weiter, ganz unabhängig davon, was aus dem ursprünglich importirten Gifte weiter wird.

Bei der angegebenen Färbungsart erscheinen nun die Mikrokokken des Kalbes fast ausnahmslos violett, die des Schafes fast ausnahmslos blau, während im Uebrigen die Hautstücke der beiden Thiere bezüglich der Färbung sich gleich verhalten.

Bei der Unmöglichkeit, Einsicht in den Mikrokokkus selbst zu gewinnen, ist es in das Belieben des Einzelnen gestellt, ob er einer solchen Färbungsdifferenz Gewicht beilegen will, oder nicht. Man kann sich vorstellen, dass der Mikrokokkus des Schafes mit seiner blauen Kernfärbung auch die Activität der Kernes hat und darum die Fähigkeit besitzt, auch ausserhalb der Cutis sich anzusiedeln, eine allgemeine Eruption hervorzurufen und ein, auch in der Luft seine Wirksamkeit noch bewahrendes, Contagium zu erzeugen — hingegen der Mikrokokkus des Kalbes mit seiner violetten Protoplasmafärbung nicht.

Der angegebene Färbungsunterschied würde die gleiche Bedeutung haben, wenn nicht die Mikrokokken, sondern die sie umgebende,

---

veranlasst haben, die früher als Mycelien und Sporen der Mikrokokken gedeuteten Befunde nunmehr als einfache Eiweissniederschläge anzunehmen. Die Hauptresultate seiner ersten Veröffentlichung sind auch durch die späteren Untersuchungen bestätigt worden.

an ihnen haftende Substanz das Primum movens der Infection sein sollte. (Kühnheit und Originalität lässt sich diesen Hypothesen sicher nicht absprechen A.)

Platt verwendet (**14**) zur Verhütung von Narben bei Variola eine (längst angewendete, neuerlich wieder von Schwimmer [s. diese Vierteljahrschr. pag. 118, 1879] in Pastenform empfohlene A.) Carbolsäuremischung: Rp. Ac. carbol. 10,0, Glycerini, Aq. āā 50,0. 2 mal täglich einzupinseln.

Semaria lässt (**15**) die Pusteln zuerst mit Glycerin bestreichen und dann dick mit Schwefelpulver bestreuen.

16. Behrend. Ueber ein diffus-entzündliches Opiumexanthem nebst Bemerkungen über die Pathogenese der Arzneiausschläge. (Berl. klin. Woch. Nr. 42, 1879.)
17. M. Zeissl. Ueber Arzneiexantheme. (Wiener med. Wochensch. Nr. 27, 1880.)
18. Duffey. Jodpurpura. (The Dublin Journal of med. science, April 1880.)
19. Esenbeck. Bromausschlag. (D. prakt. Arzt 6, 1880.)
20. J. Rollet. Ueber gewerbliche Ausschläge und Verletzungen der Haut und der Nasen- und Augenschleimhäute durch Arsenik. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 2. série. Tome I. Nr. 1, p. 1. 1880.)
21. Kühn. Ueber Erythema exsudativum. (Berl. klin. Wochensch. XVII. 4. 5. 1880.)
22. Appenrodt. Eine vasomotorische Neurose der Haut. (Deutsche med. Wochensch. Nr. 15, 1880.)

Nach Anwendung von Opium sah Behrend (**16**) ein Exanthem entstehen, welches dem Chininexanthem an die Seite zu stellen ist. Der Fall betraf einen 28jährigen Schlosser von schwacher Constitution und bleicher Gesichtsfarbe, der Verf. am 25. Juli wegen eines acuten Darmkatarrhs consultirte. B. verordnete ihm 10 Pulver von je 0·015 Gramm Opium mit 0·5 Gramm Zucker, stündlich eines zu nehmen, die er im Laufe desselben Tages verbrauchte. Als er sich am nächsten Morgen wieder vorstellte, hatten die eigent-

lichen Krankheitserscheinungen nachgelassen; allein er klagte über unerträgliches Jucken an der Brust, der Beugeseite der Vorderarme und der Innenfläche beider Oberschenkel, welches besonders während der Nachtzeit so heftig gewesen war, dass es ihn des Schlafes vollkommen beraubt hatte. Bei Besichtigung der Hautoberfläche constatirte Verf. an der Brust von der Clavicula abwärts bis zum unteren Ende des Sternum und in der Mamillarlinie etwa bis zur sechsten Rippe reichend, eine blass- scharlachartige Röthe, die diffus in die gesunde Umgebung überging und sich aus dicht bei einander stehenden stecknadelkopfgrossen rothen Stippchen zusammensetzte. Dasselbe Bild zeigte sich an der Innenseite beider Oberarme und den Beugeflächen der Vorderarme, besonders hervortretend aber in der Gegend der Handgelenke. An den Oberschenkeln war die Röthe auf den Raum beschränkt, welcher der Adductorengruppe entspricht, ging dann auf die Kniekehlen über und setzte sich auf die Hinterfläche und Innenseite der Unterschenkel fort, um mit einem etwa drei Fingerbreiten rings um das Fussgelenk laufenden Streifen von livider Nüancirung abzuschliessen. Auch hier war die Röthe nicht diffus, sondern wie an der Brust aus dicht gedrängten aber noch deutlich von einander zu unterscheidenden Punkten zusammengesetzt und nirgends von der normal gefärbten Umgebung durch eine scharfe Linie abgegrenzt. Die übrigen Stellen des Körpers waren vollkommen frei geblieben.

Verf. erwähnt, dass ein Pruritus cutaneus, wie er hier nach einem verhältnissmässig geringen Tagesquantum von 0·15 Gramm Opium aufgetreten war, unabhängig von irgend welchen wahrnehmbaren Krankheits-Symptomen an der Haut nach dem Opiumgebrauch häufiger beobachtet wird. Allein ein hiedurch entstandenes Juckerythem setzt sich nach dem Verf. keineswegs, wie es hier der Fall war, aus punktförmigen Efflorescenzen zusammen. Verf. verordnete am 26. Juli dem Patienten eine Tanninsolution mit Extr. Strychni aquos., und als er sich nach deren Verbrauch am 28. Juli wieder vorstellte, war sowohl das Jucken als das Exanthem vollkommen geschwunden. Er erhielt nun abermals Opium in gleicher Dosis und zwar in Pillenform. An den zuvor afficirt gewesenen Hautstellen liess sich auch am 31. Juli wieder eine blasse Röthe constatiren; der Patient versicherte jedoch, dass die Röthe am vorhergehenden Tage weit intensiver gewesen sei, und dass sich überhaupt ganz dieselben Erscheinungen wie beim Gebrauch der Pulver eingestellt hätten.

Am 8. August, also 14 Tage nach der ersten Opiumdosis, klagte Pat. darüber, dass sich an beiden Handflächen die dicke, schwielige, epidermidale Hornschicht ablöste und durch eine so zarte ersetzt würde, dass er ausser Stande sei, seiner Arbeit als Schlosser nachzugehen, weil ihn die Feile, mit der er hantiren müsse, zu sehr drücke. Eine nähere Untersuchung bestätigte seine Angabe; es fand sich aber auch an allen denjenigen Stellen eine feinkleiige Abschilferung der Epidermis, welche zuvor der Sitz der Röthe gewesen waren. An den Vorderarmen und Unterschenkeln ging sie über diesen Bezirk hinaus, es löste sich die Oberhaut hier sowie an beiden Handrücken, an den Handflächen und beiden Fusssohlen in grossen Lamellen ab, ganz in derselben Weise, wie es nach Scharlach der Fall ist.

Noch bevor der Häutungsprocess ganz abgelaufen war, erhielt der Pat. experimenti causa abermals 10 Opiumpulver in derselben Stärke wie vorher, nur mit radix Alth., die am nächsten Tage mit einem Zusatz von Calomel erneuert wurden, und es wiederholte sich nun derselbe Cyclus: am nächsten Tage unerträgliches Jucken mit intensiver Röthe an den oben bezeichneten Stellen, und genau 14 Tager später eine erneute Abschuppung in derselben Weise wie zuvor, die besonders an den Vorderarmen und Unterschenkeln auch die intact gebliebenen Stellen ergriff. Diese Thatsachen konnten keinen Zweifel darüber mehr bestehen lassen, dass es sich hier um ein Opiumexanthem handelte. Ein Scharlach war nach dem geschilderten Verlaufe selbstverständlich ausgeschlossen.

B. weist nun auf die Thatsache hin, dass nicht allein die Urticaria und, wie Köbner dargethan hat, das diffus-entzündliche („scharlachähnliche") Arzneiexanthem, sondern ganz allgemein alle nach dem inneren Gebrauch von Arzneistoffen auftretenden Hauterkrankungen in Bezug auf ihre Form, sowie in ihrem Auftreten und Verlaufe vollkommen unabhängig sind von der chemischen, resp. pharmakologischen Beschaffenheit oder der physiologisch-therapeutischen Wirkung der sie erzeugenden Substanzen.

Was zunächst die Aetiologie der Arzneiexantheme betrifft, seien jedoch zwei wesentlich verschiedene Gruppen der letzteren zu unterscheiden, von denen die eine die pustulösen Jod- und Bromausschläge, die zweite dagegen sämmtliche anderen medicamentösen Exantheme umfasst. Die erste Gruppe sei dadurch charakterisirt, dass die ihr angehörigen Formen erst nach einem längeren Gebrauche der

betreffenden Präparate, also gewissermassen einer Uebersättigung oder wenigstens einer intensiven Imprägnirung des Organismus mit denselben entstehen, dass sie daher auch ohne Unterschied bei allen Personen auftreten, die einer ununterbrochenen Jod- oder Brombehandlung unterworfen werden.

Die Formen der zweiten Gruppe seien durchweg über grössere Hautstrecken ausgebreitete Exantheme, die stets ganz acut, in manchen Fällen mit einem initialen Schüttelfroste auftreten und während ihres weiteren Verlaufes mit hohen Temperaturwerthen und gastrischen Störungen verbunden sind, in anderen Fällen dagegen wiederum mit einer nur geringen Alteration des Allgemeinbefindens einhergehen. Sie treten stets erst nach der Aufnahme der betreffenden Arzneistoffe in die Circulation auf, so dass zwischen der Zeit ihrer Verabreichung und dem Erscheinen der ersten Symptome auf der Haut mindestens so viel Zeit vergeht, als zur Resorption erforderlich ist. Es hat sich überdies ergeben, dass 1. ein Arzneistoff unter anscheinend ganz gleichen äusseren Bedingungen bei verschiedenen Personen ganz differente Exantheme erzeugen kann, dass aber 2. in dem Auftreten dieser Exantheme insofern eine absolute Constanz stattfindet, als sie sich bei dem wiederholten Gebrauch des nämlichen Mittels bei einem und demselben Individuum stets in der gleichen Form wiederholen.

Verf. nimmt an, dass es sich hier um die Produkte eines chemischen Processes handelt, der keinen specifischen Charakter an sich trage, sondern sich vielmehr unabhängig von der physiologischen Wirkung der verschiedenen Arzneimittel unter allen Umständen in gleicher Weise vollziehe. Denn nur unter dieser Voraussetzung lasse es sich erklären, dass unter dem Einflusse so verschiedenartiger Stoffe, wie etwa Chinin, Chloralhydrat, Digitalis, Calomel, Arsenik, Strychnin, Opium ganz gleiche Erkrankungsformen der Haut entstehen, ja dass diese Stoffe durchwegs sehr intensive Entzündungen hervorrufen, obwohl einzelnen derselben, zumal in so hochgradiger Verdünnung, durchaus keine entzündungserregenden Eigenschaften zukommen. Verf. glaubt, dass es hierbei zur Entwicklung gewisser Stoffe komme, die zwar in den meisten Fällen keinen nachtheiligen Einfluss auf den Organismus ausüben, bei einzelnen Individuen jedoch Entzündungen oder Hämorrhagien der Haut herbeiführen, und dass es von ganz bestimmten präformirten Gewebseigenthümlichkeiten unbekannter Art abhängt, in welcher Form sich diese Veränderungen in jedem Falle manifestiren.

M. Zeissl berichtet (17) über einen Fall von Erythema urticatum, welches er an einem unter Lister'schen Cautelen operirten Kranken beobachtete:

Am 10. Februar 1880 fielen einem 53 Jahre alten Manne mehrere Bretter, welche er von einem Wagen abladen wollte, auf den rechten Unterschenkel. Bei der Untersuchung fand sich die Haut von der vorderen Fläche des Unterschenkels lappenförmig von der Musculatur abgehoben und zurückgeschlagen, die Tibia schief gebrochen und mässig gesplittert, die Fibula quer gebrochen, die Musculatur fast nicht suffundirt. Die Wunde wurde gut gereinigt, ein antiseptischer Verband angelegt, die Extremität auf eine Ruheschiene gelagert und mit Stärkebinden befestigt. Am nächsten Tage wurde in der Narkose unter Esmarch'scher Blutleere und Lister'schen Cautelen die Wunde nach Nussbaum's Vorschrift zunächst aseptisch gemacht und da die anscheinend geringe Verletzung der Weichtheile die Hoffnung gab, dass dem kräftigen Individuum das Bein erhalten bleiben könne, so wurde mit Silberdraht die Knochennaht der Tibia ausgeführt. Es wurden zunächst die Knochensplitter entfernt, die Tibia in ihrem oberen und unteren Bruchende dreimal durchbohrt und durch die Bohrlöcher Silberdraht zur Vereinigung der Knochenstücke durchgeführt. Von den Drähten wurde der eine, um ihn nach erfolgter Heilung besser extrahiren zu können, nur umgebogen, die zwei anderen mehrfach um ihre Axe gedreht. Was an den Muskeln suffundirt war, wurde mit der Scheere abgetragen und nachdem 4 Drainröhren eingelegt waren, die Haut vereinigt. Die Vereinigung der Hautwunde gelang bis auf eine 8 Q.-Ctm. grosse Stelle, welche unbedeckt blieb, sehr leicht. Die Extremität wurde nach Lister verbunden auf eine Resectionsschiene gelagert und mit Organtinbinden fixirt. (Vor der Operation hatte der Kranke Temperaturen von 40·2 und 40·5. Am Nachmittag nach der Operation sank die Temperatur auf 39·8 und schwankte bis zum 17. Februar zwischen 39·2 und 38. Am 15., dann am 19. Februar wurde der durchfeuchtete Verband unter Carbolspray gewechselt. Am 21. Februar war der Harn dunkelgrün gefärbt und wies beträchtliche Mengen von phenolschwefelsaurem Salz nach. Am 22. war der Kranke mit einem Exantheme behaftet. Dasselbe localisirte sich auf die Haut des Rückens, der Flanken der Brust, der Oberarme und der unteren Extremitäten. Am Rücken war eine intensive, gleichmässige, auf Fingerdruck nicht vollständig schwindende

Röthe, welche namentlich die Haut zwischen beiden Schulterblättern betraf, zu bemerken. Die Haut beider Flanken und der Beugeseiten beider Arme war mit zahlreichen linsen- bis halbkreuzergrossen, verschwommen in die normale Haut übergehenden, dicht gedrängten rothen Flecken besetzt, welche bei Fingerdruck einer gelblichen Färbung der Haut Platz machten. Zwischen diesen rothen Flecken fanden sich einzelne deutliche Urticariaquaddeln. Auf der Streckseite fand sich nur eine geringe Anzahl von gleichen Efflorescenzen und waren solche in beträchtlicher Anzahl auf der Streckseite und in der Haut über beiden Handgelenken vorhanden. An den unteren Extremitäten waren die Efflorescenzen an den Oberschenkeln mehr auf die Haut der Innenfläche derselben und auf die Wadenhaut beschränkt. Der Fussrücken und die Fusssohle waren ganz frei. Wie die Kratzeffecte zeigten, veranlasste der Ausschlag beträchtliches Jucken. Die Diagnose musste in diesem Falle auf ein, durch den äusserlichen Gebrauch der Carbolsäure bedingtes Erythema urticatum gestellt werden, da, abgesehen von den Erscheinungen des Exanthems, Scarlatina wegen der fehlenden Angina, Morbilli wegen der mangelnden katarrhalischen Erscheinungen und Syphilis wegen des fehlenden Primäraffectes und aller anderen auf Syphilis deutenden Symptome ausgeschlossen werden konnte. Die Diagnose wurde durch das Schwinden und Erblassen des Exanthems, nachdem die Wunde nur mit Salicylsäurelösung abgespült und mit Wallrathgaze verbunden wurde, bestätigt. Am 26. Februar starb der Kranke, nachdem die Eiterung immer mehr zugenommen, sich Abscesse in der Fossa poplitea gebildet und eine croupöse Pneumonie der rechten Lunge entwickelt hatte.

Für die Thatsache, dass auch durch auf hypodermatischem Wege dem Organismus einverleibte Heilmittel Arzneiexantheme hervorgerufen werden können, führt der Vf. folgenden Fall an: Ein männliches Individuum, dem er im Mai und October 1879 und zum letzten Male im Februar 1880 jedesmal 0,003 salzsaures Morphium subcutan injicirte, zeigte $^1/_2$—2 Stunden nach der gemachten Einspritzung eine diffuse Röthung der Brusthaut und der Haut über beiden Scapulis. Im Morphiumrausche begann der Kranke heftig zu kratzen und traten alsbald zahlreiche Urticariaquaddeln auf. Die Hauteruption, namentlich das Jucken, schwand erst nach 2—3 Tagen vollständig mit dem Aufhören der Nachwirkung des Morphins.

Vf. erinnert noch, dass Janovsky in Prag nach Application

des Carbolverbandes ein Erythema multiforme, welches nach Aussetzen des Carbols schwand, beobachtete. Das häufige Auftreten von Erythema urticatum an der allgemeinen Bedeckung des ganzen Stammes — namentlich an Individuen mit zarter Haut — während der Chloroformnarkose ist hinreichend bekannt.

Wenige Tage nach dieser Beobachtung konnte Verf. ferner an einem seiner Collegen an der Klinik das Auftreten einer, durch 8 Tage anhaltenden, über den ganzen Körper verbreiteten Urticaria beobachten.

Der erwähnte College hatte zur Verwendung bei einer Operation bestimmte Badeschwämme in heisser, 5%iger Carbolsäurelösung gewaschen. Wenige Stunden nach Vornahme dieser Procedur hatte er heftiges Prickeln in den Händen gefühlt und traten alsbald deutliche Urticariaquaddeln auf. — Der Harn war durch mehrere Tage intensiv dunkelgrün, und der Kranke klagte ausser über furchtbares Jucken über Abgeschlagenheit und allgemeines Schwächegefühl. Mit dem Hellerwerden des Harnes nahm auch die Urticariaeruption ab. Mit Vortheil wendete er in diesem Falle und seitdem noch öfter mit gleich günstigem Erfolge gegen das heftige Jucken eine von Bulkley angegebene Salbe an: Rp.: Chloralhydrat, Pulveris gummosi, Camphorae tritae aa. 5,00, Vaselini cerei 50,00.

Duffey (**18**) berichtet über einen mit Mitralinsufficienz behafteten Rheumatiker, der nach vierwöchentlicher Behandlung mit Jodkalium und Consumtion von ca. 70 Grm. auf dem Fussrücken und den unteren drei Fünfteln des Schienbeines unter Gefühl von Hitze und Jucken plötzlich eine Menge Purpurflecken zeigte. Das Jodkalium wurde ausgesetzt und die Flecke verschwanden nach 11 Tagen, um eine Woche später plötzlich wieder aufzutreten, nachdem von Neuem 3—4 Grm. des Mittels verbraucht waren. Dieselbe Affection konnte bei dem Pat. durch Jodammonium, nicht durch Jodnatrium erzeugt werden. Verf. gibt eine Uebersicht der Literatur der Jodexantheme und bespricht besonders die seltenen Fälle von Purpuraausschlag nach Jodgebrauch, der bekanntlich besonders von Fournier studirt wurde. Er neigt sich der Ansicht von Binz zu, nach welcher bei dem Zustandekommen der Exantheme ein Freiwerden von Jod unter dem Zusammenwirken von O des Blutes und CO_2 der Gewebe die Hauptrolle spielt. Unna.

Esenbeck schildert (19) folgenden Fall von Bromexanthem: Ein 26jähriges Mädchen von kräftiger Constitution, starker Fettbildung, mit unregelmässiger Menstruation litt in Folge körperlicher und psychischer Aufregung seit ihrem 20. Lebensjahr alle 2—3 Monate an epileptischen Anfällen, weshalb sie auf eine ärztliche Anordnung hin Kali bromat. gebrauchte, und zwar nahm sie $2^1/_2$ Jahre lang auf eigene Faust täglich c. 5 Gramm, also in 912 Tagen 4560,0, wodurch allerdings die Epilepsie fast ein ganzes Jahr beseitigt war, aber folgendes Krankheitsbild zum Vorschein kam: auffallende Abmagerung, grosse Schwäche, so dass Patientin seit $^1/_4$ Jahr das Bett nicht mehr verlassen konnte, bleiches Aussehen, gänzlicher Appetitmangel, Gedächtnissschwäche, Anämie, mehr weisse, als rothe Blutkügelchen; dabei nur ein Exanthem ohne einen bestimmten Typus, ohne diagnostisches Gepräge, woraus man auf einen bestimmten diagnostischen Namen wie Urticaria, Purpura, Akne, Eczema hätte schliessen können. Dasselbe befand sich ganz oben an beiden Oberschenkeln, in der ganzen Regio hypogastrica, auf dem Mons Veneris, auf beiden Brüsten, überall im grossen Umfang und da zusammenhängend; es war nässend, geschwürig, theils mit förmlichen Zotten, theils mit harten, schwarzen Krusten und Borken bedeckt, theilweise mit warzigen Erhabenheiten, theilweise mit trockener, livid, blau aussehender, auch leicht blutender Haut; Blut missfarbig; im Urin kein Eiweiss. Man dachte an eine syphilitische Dyskrasie, da man noch nichts wusste von dem gebrauchten Bromkali, reichte innerlich Carbolpillen, Jodkali, Protojodur. Hydrargyri, dabei kräftige Kost, äusserlich Carbollösung.

Die Behandlung blieb ohne Erfolg, bis Verf. erfuhr, dass die Patientin dabei immer ihr Bromkali gebrauchte und er dann das Aussetzen desselben durchsetzte; der Ausschlag verschwand nach 3—4 Wochen; Patientin genas wieder vollständig, nur stellte sich zuweilen wieder ein epileptischer Anfall ein.

Nach Rollet (20) werden durch die locale Einwirkung des Arsenik auf der Haut zunächst Erytheme hervorgerufen, denen sich papulöse und pustulöse Ausschläge anschliessen, welche schliesslich zu tiefen Ulcerationen führen können. Besonders begünstigt werden die letzteren bei Arbeitern, deren Hände gleichzeitig zahlreichen Verletzungen, z. B. durch Nadeln ausgesetzt sind. Der Sitz dieser

Eruptionen sind gewöhnlich die unbedeckten Körpertheile; bei den häufiger ergriffenen bedeckten Theilen lässt sich unschwer der Weg, auf dem das Gift dorthin gelangt, nachweisen, so bei den Genitalien. Ebenso beruhen die Affectionen der Nasenschleimhaut nach Ansicht des Vf. nur auf der localen Einwirkung des Giftes, welches mit der Inspirationsluft auf die Schleimhaut gelangt und eine Entzündung hervorruft, die zu Ulcerationen und sogar zu umfangreicher Perforation des Septum führen kann. Die durch Arsenik hervorgerufene Conjunctivitis betrachtet Vf. dagegen, wenigstens in den meisten Fällen, als Symptom der allgemeinen Intoxication, wie das scharlachähnliche Erythem, die Urticaria und den Zoster. — Zur Behandlung wird nach Entfernung der giftigen Substanzen durch Bäder die Darreichung von Eisen- und Chinapräparaten empfohlen.

Nach Kühn (**21**) werden in neuester Zeit die Grenzen des Erythema exsudativum viel zu weit hinausgeschoben und in diesen Begriff Erkrankungen der Haut hineingezogen, wie sie durch locale Irritamente, durch den inneren Gebrauch von Medicamenten oder als Begleiterscheinungen acuter innerer Erkrankungen des Organismus auftreten. Für die nach Ausscheidung dieser symptomatischen Formen übrig bleibenden Fälle idiopathischer exsudativer Erytheme ergeben sich in ätiologischer Beziehung gemeinsame Gesichtspunkte. Das vorwiegende Befallenwerden des jugendlichen Alters, des weiblichen Geschlechtes, sowie solcher Personen, die durch ererbte oder erworbene Constitutionsanomalien (Tuberculose, Scrophulose, Syphilis) geschwächt sind, beweist, dass ein geringerer Grad von Widerstandsfähigkeit des Organismus eine Prädisposition für diese Erkrankung abgibt. Verf. glaubt ferner, die mehrfach constatirte Anhäufung derartiger Erythemfälle während des Frühjahrs und Herbstes auf die reichlichen Niederschläge und grössere Bodenfeuchtigkeit zurückführen zu müssen, indem durch den grösseren Wasserreichthum der Gewebe zu diesen Zeiten eine Verminderung ihrer Widerstandsfähigkeit bedingt werde (? A.). Vf. theilt 3 Krankheitsfälle mit, in denen eine Betheiligung der Schleimhaut des Mundes und der Vagina vorhanden war.

Fall 1. Ein 45jähriger, wegen Vagabundirens mehrfach bestrafter Mann war in den Herbst- oder Frühjahrsmonaten der letzten 4 Jahre mehrmals von exsudativen Erythemen beider Handrücken befallen worden, die unter leichten Fiebererscheinungen auftraten. Die letzte,

von einem mehrtägigen remittirenden Fieber und gastrischen Störungen begleitete Eruption charakterisirte sich als ein an beiden Handrücken localisirtes Erythema papulatum, zu welchem sich an der Streckfläche der Unterextremitäten und an der Vorderfläche des Rumpfes kirschkern- bis haselnussgrosse Knoten von Erythema nodosum gesellten. Daneben bestanden Stomatitis mit bläulicher Schwellung des Zahnfleisches, Schwellung des weichen Gaumens und Zäpfchens, an letzterem eine gelblichweisse Geschwürsfläche, am harten Gaumen hirsekorn- bis linsengrosse, kreisrunde, isolirte und ziemlich tiefgreifende Geschwüre. Die inneren Organe waren gesund. Erst nach dreiwöchentlichem Verlaufe war die Heilung der Haut- und Schleimhauterkrankung vollendet.

Fall 2. Bei einer 30jähr. Frau, die 1 Jahr zuvor in ähnlicher Weise erkrankt war, traten unter Fieber und rheumatischen Schmerzen in den Fuss- und Kniegelenken auf der Vorderfläche der Unterextremitäten erbsen- bis zweithalerstückgrosse Erythemknoten auf, zu denen sich später gleiche Erscheinungen an der Streckseite der Vorderarme hinzugesellten. Gleichzeitig wurde an der Innenfläche der kleinen Schamlippen je eine längliche Geschwürsfläche constatirt, die von einem Kranze linsengrosser, scharf begrenzter, kreisförmiger Geschwürchen mit grau-gelbem Grunde umgeben war. Abgesehen von einem leichten systolischen Blasen an der Herzspitze war an den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen. — Die Haut- und Schleimhautaffection heilte nach Verlauf von etwa 5 Wochen, doch zeigten sich an einzelnen Stellen der Genitalschleimhaut, sowie am harten Gaumen eine Anzahl wasserheller Bläschen, die am letzteren Orte mit Ecchymosen untermischt waren.

Vf. bezeichnet die in diesen beiden Fällen beschriebene Schleimhautaffection als eine aus Herpesbläschen entstandene. In dem ersten Falle soll die Eruption sich erst secundär zu einer bereits vorhandenen Angina hinzugesellt haben. Die herpetische Natur der Geschwüre lässt sich nach dem Verf. aus dem erneuten Auftreten von Bläschen nach Ablauf aller Erscheinungen im 2. Falle erschliessen.

Fall 3 betrifft einen 23jähr. Sträfling mit zarter Haut, der früher längere Zeit an Intermittens, dann an einer Pneumonie und später endlich an Diphtheritis erkrankt gewesen war. Bei ihm traten unter ziehenden Schmerzen in den Beinen, Schwäche, Herzklopfen und Appetitmangel, begleitet von Schlingbeschwerden und Erhöhung der Körper-

temperatur, erbsen- bis thalerstückgrosse flache Erythemknoten zuerst an den Streckflächen der Unterextremitäten, dann in der Gegend des linkens Ellbogens auf. Auf der Gaumenschleimhaut fanden sich neben hirsekorn- bis linsengrossen Ecchymosen grössere Flecke., die sich durch ein Netz stark injicirter Gefässe scharf von den umgebenden blassen Schleimhautpartien abhoben. Es bestand Röthung der Gaumenbögen und geringe Schwellung der Mandeln und Uvula. Innere Organe normal.

Vf. schliesst aus diesem Falle auf einen ätiologischen Zusammenhang zwischen den exsudativen Erythemen und der Purpura.

Appenrodt beschreibt (22) bei einem 13jährigen, bis auf scrophulösen Habitus sonst gesunden Knaben eine im Laufe von zwei Jahren 6 Mal zum Vorschein gekommene entzündliche Hauterkrankung, welche im Beginn grosse Aehnlichkeit mit Erysipel bot, auch Vergleiche mit Erythema exsudativum, Verbrennungserythem oder Eczem zuliess, aber sich durch ihren Verlauf von diesen Formen der Dermatitis unterschied. Das Leiden setzte stets ganz plötzlich, etwa im Verlauf einer Stunde ein, jedes Mal zuerst an der Nase, in flecken- und streifenförmigen Eruptionen mit heftigem Brennen, grosser Druckempfindlichkeit, tiefer, seröser Durchtränkung, lebhafter Röthung und scharfer Abgrenzung. Niemals zeigte sich dabei Blasenbildung, noch Tendenz zum Fortkriechen oder Farbenveränderung, geringe Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens nur ein einziges Mal. Die Localisation war bis auf asymmetrische Stellen am Kinn, Stirn und Nase und ein Mal Flecken auf der Brust stets in symmetrischer Weise auf das Gesicht beschränkt. Aetiologische Momente konnten nicht eruirt werden. Aeussere und innere Mittel blieben ohne Erfolg.

23. **Herzog.** Ueber Herpes des Rachens. (Pester med.-chir. Presse 1880.)
24. **Leloir** und **Chabrier.** Hautnerven-Erkrankung in einem Falle von Vitiligo. (Compt. rend. XXIV. S. 1037, 1879.)
25. **Henderson.** Elephantiasis Arabum. (Edinb. med. Journ. Jan. u. März 1880.)
26. **Lang.** Ueber zwei schwere Prurigofälle mit sehr günstigem Verlauf. (Wiener med. Wochensch. Nr. 19, 1880.)

27. **Auerbach.** Perubalsam gegen Pruritus. (Deutsche med. Wchnschr. V. 34. 1879.)
28. **Kühn.** Ueber leichte Scorbutformen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XXV. S. 115. 1880.)

Herzog theilt (23) einige ausgesprochene Fälle von Angina herpetica mit. Nach ihm unterscheidet sich die Bläscheneruption bei Angina herpetica von jener des Hautherpes nur durch ihren Sitz, welcher zumeist am Isthmus faucium, den Tonsillen und Gaumenbögen, an der Uvula, am Gaumensegel und in seltenen Fällen auch an der hinteren Rachenwand ist. Während aber bei Herpesefflorescenzen auf der Haut nach Berstung des Bläschens die Flüssigkeit gerinnt und sich eine gelbliche ambrafarbige Kruste bildet, unter welcher die Regeneration des Epithels vor sich geht, ist dies nicht so auf der Schleimhaut des Rachens und des Mundes, wo sich wegen des mechanischen Einflusses des Schlingactes nicht die nöthige Ruhe zur Krustenbildung findet und somit alle Gerinnungsprodukte im Momente ihres Entstehens fortgeschwemmt werden.

Zumeist kommt die Erkrankung nur unilateral vor, doch sind Fälle bekannt, wo der ganze Rachenraum ergriffen wurde.

Die Angina herpetica ist nicht contagiöser Natur und kommt meist im Frühlinge und im Herbste zur Beobachtung und kann auch bei manchen Individuen, einen gewissen Typus einhaltend, habituell entstehen. Die Krankheit nimmt ganz plötzlich, meist nach einer Erkältung, ihren Anfang mit stärkerer oder geringerer Fieberbewegung. Die Inspection des Pharynx ergibt den Befund einer gewöhnlichen katarrhalischen Angina; doch erscheint meist nur eine Seite vorwiegend afficirt. Meist am 3., selten schon am 2. Tage lassen die Allgemeinerscheinungen etwas nach. Die Untersuchung des Rachens ergibt dann gewöhnlich neben der Röthe und stärkerer Succulenz der Schleimhaut eine Zunahme der Schwellung der Tonsille der einen Seite, welche mitunter die ebenfalls geschwellte, etwas verlängert erscheinende Uvula weit nach der anderen Seite drängt, so dass der Isthmus faucium beträchtlich verengt erscheint und es zu asphyktischen Erscheinungen kommen kann. Man bemerkt ferner an den hervorragenden Stellen der vergrösserten Tonsille stecknadelkopf- bis linsengrosse, nur kurze Zeit wasserhell erscheinende, dann gelblich weisse, nicht vollkommen runde Flecke mit hellem Centrum, welche discret oder zu Gruppen aneinandergereiht sich auf der Schleimhaut erheben.

Im weiteren Verlaufe, gewöhnlich nach 24—36 Stunden, findet man an Stelle der Bläschen mehr weniger tiefe rosafarbige Ulcerationen, welche über kurz oder lang, indem sie sich mit dem proliferirten oder mortificirten Epithel bedecken, einen opalisirenden Grund zeigen. Währenddem kann es immer wieder zu neuen Nachschüben kommen. Nimmt die Erkrankung ihren gewöhnlichen Verlauf, so reinigen sich diese Ulcerationen binnen 2—4 Tagen und mit der darauffolgenden Vernarbung ist der locale Process abgelaufen, während sich das Allgemeinbefinden schon früher wesentlich gebessert hat. Gewöhnlich am 2. oder 3. Tage nach dem Auftreten der Localaffection entsteht in den meisten, aber bei weitem nicht in allen Fällen eine Herpeseruption an den Mundwinkeln oder an den Naseneingängen.

Dauer der Krankheit im Durchschnitte 8—10 Tage.

Verf. erwähnt, dass eine herpetische Ulceration unter Umständen sehr in die Tiefe greifen, selbst zur Perforation führen kann, wenn sie auf den Gaumenbögen oder dem Gaumensegel sitzt. Von Hautherpes sind Fälle bekannt und beschrieben worden, welche tiefe Ulcerationen mit zahlreichen bis zum Knochen reichenden Narben gebildet haben. Weitere Complicationen entstehen durch die Bildung von Pseudomembranen. Man sieht dann im Rachen inselförmige, bald grössere, bald kleinere weissgelbe Plaques, welche stets von dem den Herpesbläschen eigenthümlichen rothen Saume umgeben erscheinen. Dieselben lassen sich in der Regel mit dem Charpiepinsel entfernen und stossen sich in kurzer Zeit ab.

Die wichtigste Complication bilden die nach Angina herpetica vorkommenden Paralysen, welche direct auf den neuropathischen Ursprung des Herpes überhaupt hinweisen.

Verf. ist geneigt, die Angina herpetica als einen Zoster im Bereiche des Nervus trigeminus aufzufassen und dafür Reizungen des Ganglion sphenopalatinum in der Flügelgaumengrube am Foramen sphenopalatinum verantwortlich zu machen. Ferner dürften Irritationszustände der Rami pharyngei, der Nervi nasales post., der N. palatini descendent. und vor Allem des N. Vidianus ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Angina herpetica abgeben.

Für diese Anschauung spricht die Lage dieses Ganglions, seine Verbindungen und Verzweigungen, die Localisation des Herpes am Isthmus faucium, ferner seine Ausbreitungsweise, wobei er höchst selten auf den Larynx, häufiger auf die Nasenhöhlen, auf die Schleim-

haut des Mundes, der Wange, der Zunge und des Gesichtes weiterkriecht, sein meist einseitiges Auftreten und endlich die besonders im Beginne einer Angina herpetica so heftigen Kopfschmerzen. In den viel selteneren intensiveren Fällen, bei Complicationen mit Herpes ophthalmicus, Herpes frontalis oder gar Herpes universalis werden wir natürlich den Sitz der Alteration weiter nach rückwärts, etwa in das Ganglion Gasseri, ja selbst in das Centralnervenorgan verlegen müssen.

Ein 33jähriger Mann, der seit seinem vierten Jahre an verschiedenen Hautkrankheiten (Impetigo, Pemphigus, braunen Flecken, Psoriasis, Lues) gelitten hatte, war seit 3 Jahren mit Vitiligo (**24**) behaftet. Die Vitiligoflecken, von sehr ausgeprägten Pigmentkreisen umgeben, waren im Anschluss an syphilitische Ulcerationen aufgetreten und hatten sich seitdem stetig vermehrt, besonders nach Reizung der Haut mit medicamentösen Substanzen. An einem auf der Fournier'schen Klinik aus der unteren Bauchgegend exstirpirten Hautstück constatirten die Verf. atrophische Degeneration der Nervenfasern mit Schwund des Axencylinders, Zerbröckelung und Untergang des Marks und Kernvermehrung. Die Epidermis war erheblich verdünnt und die Papillen vollständig geschwunden.

Henderson (**25**) theilt seine Erfahrungen über Elephantiasis Arabum mit, welche er während einer 10jährigen Praxis in Shanghai zu machen Gelegenheit hatte. Die Elephantiasis der Beine ist dort häufig, die des Scrotums dagegen verhältnissmässig sehr selten. Das rechte Bein ist häufiger befallen und im Falle doppelseitiger Erkrankung gewöhnlich stärker afficirt als das linke. Die Inguinaldrüsen der gesunden Seite sind häufig ebenfalls stark intumescirt. Ein merkwürdiges Factum ist das Freibleiben der Füsse in Fällen von starker Elephantiasis der Beine. Verf. führt dieses auf den Druck des Schuhwerkes zurück, ebenso wie das Freibleiben der den Schenkeln anliegenden Seitenflächen bei den Scrotaltumoren auf den Druck jener. Durch den Druck werde das initiale Oedem und damit die ganze Affection hintangehalten. Lang fortgesetzte Compression mittelst einer reinen Kautschuk-Binde hält Vf. für sehr werthvoll, wenn auch keine nachhaltige Besserung erzielt wird. Aus einer angeschlossenen Krankengeschichte ist zu erwähnen, dass der Pat. während der ersten Stunden der Compression jedesmal beträchtliche Mengen wasserhellen Urins lassen

musste. Bei Besprechung der Operation tritt H. unter Anführung zweier günstiger Fälle dafür ein, dass die Amputation ganz gut innerhalb des kranken Gewebes, am Orte der Wahl, vorgenommen werden könne, da der Rest desselben sich während der Heilung bessere und zu keinem Recidiv Veranlassung gebe. Bei der Scrotaloperation sei vorher elastische Compression, oder, wo diese nicht angehe, langdauernde Suspension des Tumors sehr nützlich. Die Blutung werde gut nur durch eine wohlfixirte, elastische (Esmarch) Abschnürung verhindert. Unna.

Lang schildert (26) zwei aussergewöhnlich günstig verlaufene Fälle von Prurigo. Der erste betraf einen 19jährigen Pat., bei dem das Leiden seit frühester Kindheit bestand und hochgradig ausgebildet war. Täglich ein Schwefelbad, jeden zweiten Tag eine Inunction mit $^1/_2$% Carbolöl und Tr. Fowleri innerlich erzielten Besserung, bis Carbolismus die Therapie auszusetzen zwang, die, später wieder aufgenommen, Heilung herbeiführte. Recidiv ist nicht eingetreten. Vf. hatte noch 12 Pruriginöse in Behandlung gehabt, worunter ein Kind mit leichter Form geheilt sein dürfte, jedoch auch ein Kind mit schwerer Form vollkommen geheilt worden ist. Das Kind war zweijährig. Das Gesicht wurde mit Ungt. Diachyli, der übrige Körper mit Theer behandelt. Die Heilung war auch hier vollkommen und seit mehreren Jahren andauernd.

Auerbach (27) hat bei der Behandlung von Krätzkranken mit Perubalsam günstige Erfolge erzielt. Er unternahm es nun, damit auch Fälle von Pruritus und Prurigo zu behandeln. Auch hier war der Erfolg ein sehr günstiger. Verf. theilt zwei, durch ihre Hartnäckigkeit ausgezeichnete Fälle mit:

C. G., 50 J. alt, litt seit 4 J., in stärkerem Grade besonders im letzten Jahre, an Pruritus. Auf seinen vielen und weiten Reisen hatte er verschiedene Aerzte, jedoch ohne nennenswerthen Erfolg, um Rath gefragt. Pat. consultirte Verf. Anfang Juli vorigen Jahres, zu welcher Zeit er über lästiges Jucken an den Streckseiten beider Ellbogengelenke klagte, während früher die Unterschenkel der Sitz dieses Leidens gewesen waren.

Einreibungen mit Perubalsam hatten schon nach $1^1/_2$ Tagen Besserung und nach wenigen Tagen ein vollständiges Verschwinden des Pruritus zur Folge. Pat. gab an, dass sein Leiden zwar mitunter

etwas schwächer oder stärker gewesen sei, dass er sich aber niemals seit 4 Jahren vollkommen von demselben frei, wie jetzt schon seit mehreren Wochen, gefühlt habe.

Auch bei einem $1^1/_4$ J. alten Kinde, welches neben Pruritus an verschiedenen Körperstellen, besonders auf der Brust, mit einer Impetigo-Pustel auf der rechten Wange, nachdem sich den Angaben der Eltern zu Folge eine solche kurz vorher auch auf einem Oberschenkel gezeigt hatte, behaftet war, wurde das Mittel mit gleichem Erfolge angewendet.

Da im letzten Falle neben dem Hautjucken noch eine eiterig exsudative Hautkrankheit bestand, und auch in dem ersten im Jahre 1875 und 1877 Pemphigus an den Unterschenkeln sich einstellte, auf welchen bald darauf, besonders nach der Wiederkehr jenes Exanthems im J. 1877, ein sehr heftiger und anhaltender Pruritus folgte, glaubt Verf. das Jucken auf eine Zurückhaltung von eiterigen Stoffen, insbesondere in der Haut, beziehen zu müssen (? A.), umsomehr als z. B. auch alte Unterschenkelgeschwüre, wenn sie weniger absondern und zuheilen, häufig in ihrer Umgebung ein sehr heftiges Jucken bedingen, während dasselbe nach einer vermehrten Absonderung wieder nachlasse.

Kühn berichtet (28) über eine 1875/76 in der Umgebung von Moringen und namentlich in der dortigen Strafanstalt herrschende Epidemie von Scorbut. Die ersten Fälle kamen ausserhalb der Anstalt vor und erst später kam die Epidemie unter den Gefangenen zum Ausbruch. Die Krankheit entstand im November 1875, nachdem kaltes und abnorm feuchtes Wetter mehrere Wochen ununterbrochen angehalten hatte. In der Anstalt kam noch Ueberfüllung hinzu. Vf. nimmt zwei Formen von Scorbut an, eine durch Inanition hervorgerufene und eine durch Ansteckung sich verbreitende und als Infectionskrankheit zu betrachtende Form. Die von ihm beschriebene Epidemie soll der letzteren Art zugehört haben. Ihrer eigentlichen Natur nach erklärt er sie als miasmatisch-contagiös und parallelisirt sie mit der Intermittens-Infection. Auch soll sich der Infectionsscorbut von dem Inanitionsscorbut durch häufige Verbindung mit Angina, Rheumatismen und broncho-pneumonischen Symptomen unterscheiden, wobei der Verlauf und das Sectionsergebniss der Pneumonien mit denjenigen contagiöser Pneumonien übereinstimmt. (Die Beweise, welche Vf. für die

Ansteckungsfähigkeit des Scorbuts anführt, sind wenig stichhältig ebenso beruht die Trennung in zwei Formen mit verschiedenem Verlauf auf sehr schwacher Grundlage. A.)

29. Charrier. Ablösung der Haut bei einem lebenden Neugeborenen. (Gaz. des Hôpit. 124, 1879.)

30. Boegehold. Ein Fall von Ichthyosis cornea. (Virchow's Archiv, Bd. LXXIX. S. 545. — St. Petersb. med. Wochenschr. 19. 1880.)

31. Kaczorowski. Leukoplakia buccalis. (Przegląd lekarski 1879.)

32. Jarisch. Zur Wirkung der Pyrogallussäure. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I. Heft 2. 1879.)

33. Brückner. Ein Fall von acutem Pemphigus. (Memorabilien Nr. 5, 1880.)

34. Adler: Ein Fall von Pemphigus acutus. (Berl. klin. Woch. XV, 37, 1879.)

35. Jamieson. Universelle exfoliative Dermatitis. (Edinb. med. Journ. April p. 879. 1880.)

Charrier demonstrirte in Paris ein lebendes neugeborenes Kind mit ganz macerirter Haut (**29**). Die Nabelschnur war grünlich-röthlich abgeflacht und zackig; die ganze Körperdecke löste sich bei Berührung ab, und erschien neuerdings, wie bei einem 6—8 Tag früher im Uterus abgestorbenen Fötus. Vom Fusse löste sich die Haut wie ein Handschuh ab. Tags darauf war die ganze Körperdecke abgefallen mit Ausnahme dreier kleiner Stellen, am linken Schenkel, am Rücken und am rechten Oberarm, das Kind sah besser aus, bekam eine natürliche Hautfarbe mit normaler Temperatur und gewann allmälig sogar ein blühendes Aussehen. Weder eine vorangegangene Hautkrankheit, noch Syphilis konnten als ätiologisches Moment in Betracht gezogen werden.

Boegehold beschreibt (**30**) folgenden Fall von Ichthyosis cornea: Ein $9^1/_4$ Jahre alter Knabe war während der ersten 3 Monate seines Lebens ganz gesund. Nach Ablauf dieser Zeit traten zuerst an den Fusssohlen und Handflächen warzenähnliche Gebilde auf, die allmälig die ganzen Sohlen und Handflächen einnahmen. In der

Familie wurden bis dahin niemals Hautkrankheiten beobachtet. Ein anderer Knabe derselben Eltern ist gesund. Bei der Aufnahme ins Spital fanden sich an Handflächen und Fusssohlen überall $1-1^1/_2$ Cm. hohe stachelförmige Hervorragungen, die sich auch auf die Volarseite der Finger und die Plantarseite der Zehen erstreckten, wo sie jedoch niedriger erschienen. Die Wucherung war bis ins Nagelbett gedrungen, die meisten Nägel von demselben abgehoben, verkümmert und rissig. Die Haut des übrigen Körpers vollkommen gesund, nur war über beiden Kniegelenken je eine $1^1/_2$ Cm. lange und 1 Cm. breite Partie, die Stacheln von $^1/_4$ Cm. Länge trug. An den Handtellern und Fusssohlen waren diese durch Pilzbildung grünlich gefärbt. Die Krankheit erschien also fast ausschliesslich auf letztere Localitäten beschränkt, während in den meisten Fällen von Keratose gerade diese frei zu bleiben pflegen. Die mikroskopische Untersuchung wurde sowohl an abgeschabten Massen, als auch an einem elliptischen Hautstückchen vorgenommen, welches mitten aus dem erkrankten Gewebe mit dem Messer herausgeschnitten war. Die Cutis zeigte sich, abgesehen von der Papillarschicht, nicht verdickt, dagegen waren die Papillen erheblich hypertrophisch. Die Hauptveränderung aber betraf die Oberhaut. Die Schichtung derselben in Rete Malpighii und Epidermis war fast vollständig verschwunden und bestand fast die ganze Oberhaut aus abgeplatteten, polygonalen, kernlosen Zellen. Nur zwei Reihen kernhaltiger Zellen waren unmittelbar über den Papillen vorhanden. Eine Abhängigkeit der Zapfenbildung in den Hörnern von den hypertrophischen Papillen konnte nicht nachgewiesen werden. Zur Entfernung der Auswüchse wurde in tiefer Chloroformnarkose der scharfe Löffel benutzt, bis die Operation auf blutendes Gewebe führte. Die ziemlich erhebliche Blutung wurde durch Auflegen von Salicylwatte gestillt. Unter Umschlägen von Aq. Plumb. trat schnelle Ueberhäutung der abgekratzten Partien ein, aber schon nach 4 Wochen begannen neue Stacheln sich zu bilden. Das Verfahren musste dann mehrere Male wiederholt werden und ist noch abzuwarten, ob dasselbe einen bleibenden Erfolg haben wird.

Kaczorowski theilt mit, dass er in fünf Fällen Leukoplakia buccalis (**31**) gesehen habe und beweist durch die kurze Anführung der Krankengeschichten, dass die Diagnose sehr schwer zu stellen ist — keiner seiner Kranken war mit Syphilis behaftet. Der wichtigste

Fall betraf eine Frau, bei der zugleich mit den Geschwüren im Munde immer ein papulosquamöser Ausschlag auf den Armen und Händen auftrat. Er hebt die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Leukoplakia buccalis und den geschwürigen Eruptionen bei Syphilis im Munde hervor und was die Therapie anbelangt, so hält er diese fast für ohnmächtig. In dem oben erwähnten Falle verursachten keine Besserung die verschiedensten Heilmittel sowohl innerlich wie äusserlich angewandt, wie: Arsen, Kali jodatum, Schwefel und Salzbäder. Der beste Erfolg ergab sich nach interner und externer Application von Jodoform, da die Eruptionen in längeren Pausen und mit verminderter Intensität nachfolgten. Krowczynski.

Neisser war durch den Vergiftungsfall eines an universeller Psoriasis leidenden Mannes im Gefolge der äusserlichen Application der Pyrogallussalbe zur Ausführung seiner Untersuchungen (s. diese Vtljhrschr., 4. Heft, p. 623, 1879) veranlasst. Da er jedoch zufolge dieser traurigen Erfahrung und zufolge der Ergebnisse seiner Experimente an Hunden und Kaninchen bezüglich der therapeutischen Verwendung der Pyrogallussäure zu Schlussfolgerungen kam, welche geeignet sind, dieses von Jarisch zuerst im Jahre 1878 (siehe diese Vtljhrschr., p. 140, 1. Heft, 1879) empfohlene Heilmittel zu discreditiren, antwortet Jarisch (32) folgendermassen:

In seiner ersten Publication, welche die Verwendung der Pyrogallussäure bei Psoriasis zum Gegenstand hatte, habe er folgenden Satz ausgesprochen: In der Dosis von 1—3 Gramm in den Magen gebracht oder unter der Haut injicirt, wirke sie nach den Versuchen von G. Jüdell bei Hunden giftig; am Schlusse des Aufsatzes erwähnt er, dass ihm die Pyrogallussäure in einem Falle von Lupus gute Dienste leistete; daran habe er die Bemerkung geknüpft, dass er gesonnen sei, die Pyrogallussäure „unter Rücksichtnahme auf die Arbeit von Jüdell an beschränkten Hautstellen bei Lupus in Gebrauch zu ziehen".

Verf. könne es nicht verschweigen, dass er in der geübten Applicationsweise allein die Ursache des lethalen Ausganges erblicke. Der Kranke, um welchen es sich handelt, wurde zunächst an der linken Körperhälfte mit einer Salbe (deren Gehalt an Pyrogallussäure nicht angegeben ist) „energisch eingerieben, dann noch einmal mit einer dünnen Schicht Salbe überstrichen, der ganze Körper schliesslich mit

Gummipapier bedeckt und letzteres durch weitgehende Bindetouren befestigt" — demnach solche Bedingungen herbeigeführt, unter denen die massenhafte Resorption des Medicamentes stattfinden konnte.

Die Beobachtung von nahezu 200 Fällen, in denen die Pyrogallussäure zur Verwendung kam, und unter denen sich eine beträchtliche Anzahl solcher Kranken befand, bei welchen die Salbe am ganzen Körper verwendet wurde, berechtigt Verf. vollends zu der Ansicht, dass in der Applicationsweise die Ursache des traurigen Ausganges gelegen war.

Verf. hatte auch niemals noch Gelegenheit, jene Erscheinungen von Strangurie, Fieberbewegungen etc. im Gefolge der Pyrogallussäure-Application, wie sie Kaposi beschreibt, zu beobachten. Nichtsdestoweniger stimmt er Neisser vollends bei, dass die Pyrogallussäure „unter Umständen" eines der intensivsten Gifte für den Organismus sei. — Dies hätten ja bereits die Versuche von G. Jüdell gelehrt.

Es sei wohl nöthig, die Applicationsweise der Pyrogallussalbe, wie sie vom Vf. geübt wird, näher zu erörtern. Nachdem die Anwendung dieses Mittels aus dem Versuchsstadium getreten war, kam stets nur eine 10procentige Salbe zum Gebrauche, und diese wurde in sehr sparsamer Weise auf die psoriatischen Stellen aufgetragen. Bei mittelgrossen Individuen, welche vom Scheitel bis zur Zehe eingepinselt wurden, reichten 100 Gramm einer 10procentigen Salbe für 6—8 Einreibungen, respective drei bis vier Tage aus. Es kamen demnach per Tag etwa 3 Gramm Pyrogallussäure zum Verbrauche. Nimmt man nun an, dass die Hälfte derselben zur Resorption gelangt, — was in Anbetracht des Umstandes, dass ein guter Theil der Salbe in das Flanellgewand oder die Wolldecken, mit denen die Kranken versehen wurden, sich einsaugt, sicherlich zu hoch gegriffen ist — so wird 1·5 Gramm Pyrogallussäure während 24 Stunden aufgenommen. Berechnet man nun das Körpergewicht mit nur 50 Kilogramm, so kommt 1 Gramm Pyrogallussäure auf 33 Kilogramm Körpergewicht, ein Verhältniss, welches weit hinter demjenigen zurückbleibt, wie es bei den Untersuchungen Neisser's Geltung hatte. Die intensiven toxischen Erscheinungen traten in den Versuchen bei Kaninchen erst ein, wenn ein Gramm Pyrogallussäure auf ein Kilogramm Körpergewicht einverleibt wurde.

Diese experimentellen Untersuchungen sind demnach von keinem Belange für die therapeutische Verwendung der Pyrogallussäure. Rück-

sichtlich des Vergiftungsfalles möchte Vf. jedoch nicht wie Neisser folgern, dass der Gebrauch der Pyrogallussäure eingeschränkt werden müsse, wohl aber, dass dieselbe nicht so angewendet werden dürfe, wie sie in der königl. dermatologischen Klinik zu Breslau angewendet worden war. Hier war nämlich die Dosis der einverleibten Pyrogallussäure viel zu hoch, und es kamen ungemessene Mengen des Mittels zur Resorption.

Die Brauchbarkeit des Mittels für die ambulatorische Behandlung sichere ihm einen bleibenden Platz in unserem Medicamentenschatze. Die Geruchlosigkeit der Pyrogallussalbe, die Ungefährlichkeit derselben bei entsprechender Application haben Vf. veranlasst, dieses Mittel auch bei solchen Krankheiten in Anwendung zu ziehen, bei welchen er anfänglich mit deren Application gezaudert habe. So bediene er sich mit Vorliebe der Pyrogallussalbe zur ambulatorischen Behandlung des Herpes tonsurans maculosus. Die von Verf. schon im Jahresbericht des Wiener k. k. allgem. Krankenhauses vom J. 1878 ausgesprochene Ansicht, dass die Pyrogallussäure auf die Pilze selbst einen schädigenden Einfluss übe, hat jüngsthin durch Bovet experimentelle Bestätigung gefunden. 6 — 10 Einreibungen, respective 3—5 Tage waren zur Heilung des Herpes tonsurans ausreichend; die nachträglich eintretende Abschuppung vollendete dieselbe in 10—14 Tagen. Während jedoch in der Mehrzahl der Fälle schon nach den ersten Einpinselungen der Pyrogallussalbe das lästige Jucken vollständig schwand, musste der Vf. in zwei erst kürzlich beobachteten Fällen das Gegentheil erfahren. In denselben trat nach viermaliger Application so heftiges Jucken ein, dass er die Salbe mit dem Theer vertauschen musste; es erscheint räthlich, nunmehr bei dieser Hautkrankheit nur eine 5procentige Salbe zu verwenden.

Die günstige Wirkung, welche die Pyrogallussäure bei Eczema marginatum äussert, habe Vf. schon in einem Aufsatze hervorgehoben. Damals konnte er jedoch nur über zwei Fälle berichten, bei denen er die Salbe auf Leinwand gestrichen applicirt hatte, musste aber bemerken, dass dieses Verfahren für die Kranken sehr unbequem und schmerzhaft war. Jüngsthin hat er jedoch ein ausgebreitetes Eczema marginatum durch einfache Einreibungen der Salbe, wie sie bei Psoriasis vorgenommen werden, nach 20maliger Application geheilt. Schon nach wenigen Einpinselungen war das früher sehr heftige Jucken beseitigt.

Nach all diesen Erfahrungen müsse er die Pyrogallussäure als vortreffliches Mittel neuerdings empfehlen. Der bekannt gewordene Vergiftungsfall könne den Gebrauch derselben nicht einschränken, doch werde er eindringlich zur Vorsicht, die Dosis möglichst gering zu bemessen, mahnen.

Nach Brückner's Berichte (33) hatte ein Mann von 57 Jahren, Potator, früher stets gesund, niemals syphilitisch, seit August v. J. Beklemmungen in der Cardia, Brustbeklemmungen, belegte Zunge, Appetitmangel, Erbrechen, Unruhe, Schlaflosigkeit und Abmagerung, bei welchen Leiden Verschiedenes versucht worden war, aber Opium allein und dann nur vorübergehend geholfen hatte. Gelegentlich durch den Hautreiz eines Empl. oxycroceum und Einreibungen mit Franzbranntwein und Salz entstand am 21. Oct. v. J. ein Exanthem, welches Brennen verursachte und zuerst oben an der Brust in Form von rothen, fühlbaren Flecken erschien.

Am 23. Oct. sah Verf. den Pat. zuerst. Derselbe war an der Innenseite beider Arme mit haselnussgrossen, hohen Blasen so dicht übersäet, dass das Ganze einem Herpes zoster en gros nicht unähnlich war. Dieselben standen auf rothen Flecken, deren sich auf dem Rücken, Bauche, den Oberschenkeln bis über die Knie hinab fanden. Die Temperatur war 37,8° C., Puls 80. Das Allgemeinbefinden war gut und waren sämmtliche vorausgegangene Beschwerden mit dem Ausbruche des Exanthems vollständig verschwunden. Dem letzteren ging überall Oedem voran.

Die runden, bräunlichrothen Flecke, etwas erhaben und fühlbar, waren etwa 1 Mark gross, flossen vielfach in einander, verschonten am Unterleibe nur eine vier Hände grosse Partie quer über dem Nabel. Der ganze Rücken war mit solchen Flecken bedeckt, ohne gesunde Haut zu zeigen. Die Oberarme und Oberschenkel trugen solche Flecke besonders auf der Innenseite. An den Vorderarmen und Unterschenkeln verloren sie sich mehr und fehlten von Hand- und Fussgelenken abwärts vollständig. Die Genitalien waren und blieben frei. Vom 30. October an gingen die Flecke auch auf den Nacken, dann über die Ohren und als zusammenhängende, glatte Röthe auf die Augenlider, Backen und Nase.

Die Blasen folgten den Flecken in etwa 24 Stunden. Gleich nach den Oberarmen wurden am 25. Oct. die Oberschenkel an der

Innenseite befallen, dann der Reihe nach die Vorderarme, die Unterschenkel, am 28. Oct. die Handgelenke, am 29. Oct. die Hände, dann die Fussgelenke und Füsse. Brust und Unterleib blieben von Blasen verschont, ebenso der Rücken. Im Nacken und an der Aussenseite der Ohren schossen am 2. Nov. kleine Linsen-, selbst erbsengrosse Bläschen auf. Im Gesichte zeigten sich nur zwei ganz kleine Bläschen an Stirn und Backen und waren am 10. Nov. zum ersten Male keine neuen Blasen vorhanden, nur fand sich noch am 18. Nov. eine kleine vereinzelte Blase am rechten Knie vor.

Die Blasen standen auf den angeführten rothen Flecken, verbreiteten sich den 30. Oct. an Oberarmen und Oberschenkeln auch etwas nach Aussen, verschonten die Achselgrube und gingen etwas unterhalb derselben in geringer Anzahl, ohne voraufgehende Flecke, auf den Thorax über. An den Vorderarmen und Unterschenkeln waren sie unsymmetrisch vertheilt, verschonten mehr die Ulnarseite der Arme und die vordere der Unterschenkel. An beiden Stellen, Vorderarmen und Unterschenkeln, wurden die Blasen seltener, an Hand- und Fussgelenken häufiger, an Hand- und Fussrücken wieder seltener, auf Fingern und Zehen nur einzeln und Palma und Planta blieben ganz verschont. Ebenso blieben verschont die Genitalien, Brust, Bauch, Achselhöhlen, Rücken und fast das ganze Gesicht. Auf der rechten Kniescheibe war nur eine Blase, auf der linken nicht. Der behaarte Theil des Kopfes, die Haut des Backen-, Schnurr- und Kinn-Bartes blieben ebenfalls verschont. Auf der Unterlippe war jedoch eine kleine Blase an der Grenze der Schleimhaut; in der Mundhöhle fehlten dieselben ebenfalls. So scheinen die Blasen besonders die dicht behaarten Körpertheile — Brust und Bauch waren ebenfalls stark behaart — gänzlich verschont zu haben, wie auch solche Hautstellen, welche, z. B. über Knochen stärker gespannt waren, oder — wie auf dem Rücken und Steiss — durch gleichmässigen Druck beim Liegen am Ausbruche verhindert wurden und endlich da, wo harte, dicke Oberhaut war, wie an der Palma und Planta. Die Verbreitung der Blasen war also eine andere als bei Kindern, bei denen auch der behaarte Theil des Kopfes, die Achselhöhle, Rücken, Steiss, Genitalien, Gesicht, Lippen, selbst die Mundhöhle und bei Syphilitischen auch die Hand- und Fussfläche gewöhnlich befallen werden (die Hallenser Epidemie von Olshausen und Merkus, siehe dieses Archiv pag. 283, 1871). Aber auch bei Erwachsenen kommt mitunter

Ergriffensein des behaarten Kopftheiles, der Streckseiten der Extremitäten (s. den Fall von Pribram im Archive für Dermatologie und Syphilis pag. 469, 1869), der Achselhöhle und der Genitalien vor.

Viele Blasen standen auf kreisrunder Grundfläche. Die Richtung des grössten Durchmessers des ovalen Blasengrundes stand an Oberarmen und Oberschenkeln zur Gliedaxe quer, an Vorderarmen und Unterschenkeln derselben mehr parallel, an Hand- und Fussgelenken quer, an den Rändern der Hände und Füsse ersterem parallel, hinter den Zehen quer. An Hand- und Fussgelenken lagen die Blasen ringförmig, wie Armbänder.

Die Grösse der Blasen war an Ober-Armen und -Schenkeln die von Bohnen und Haselnüssen, an den Oberschenkeln auch die von Wallnüssen. An den Vorderarmen und Unterschenkeln waren die Blasen noch grösser, mit unregelmässiger Grundfläche. An Hand- und Fussgelenken, Händen und Füssen hatten dieselben verschiedene Grösse. An den Ohren waren sie erbsen-, an Nacken und Gesicht linsengross. Im Allgemeinen zeigten die Schenkel grössere Blasen als die Arme.

Die Blasen an Oberarmen und Schenkeln standen meist auf kreisrunder, manche von ihnen auf etwas ovaler Grundfläche und waren prall, kugelig gewölbt, scharf, im rechten Winkel und darüber von der Haut sich abhebend. An Vorderarmen und Unterschenkeln und weiter hinab wölbten sich die Blasen flacher und flossen hie und da in einander. An den Ohren war die Form derselben kugelig, am Nacken und im Gesichte flach.

Der Inhalt der meisten Blasen war hellgelb, klar, etwas klebrig, reagirte bei frischen Blasen deutlich, bei älteren nur schwach alkalisch. Am Oberschenkel enthielten einige Blasen eine geringe Menge Eiter, der sich an der abhängigsten Stelle sammelte, über welchem die klare Flüssigkeit stand. Von der Mitte der Vorderarme und Unterschenkel an abwärts war in vielen Blasen dem Inhalte derselben Blut beigemischt, wodurch sie eine bläuliche Färbung erhielten. An anderen Körperstellen kam dies nicht vor. Besonders merkwürdig war das Aufschiessen von bohnengrossen Blasen innerhalb wallnussgrosser Blasen auf derselben Grundfläche. Es kam dies fünfmal am rechten Unterschenkel vor. Die kleinere Blase erhob sich in der grösseren am 6. Nov. dreimal bei unverletzter äusserer Haut der letzteren und brach schliesslich mit ihrem Gipfel durch dieselbe hin-

durch. Zweimal, am 8. und 9. Nov. entstand die kleinere Blase in der grösseren, deren Haut schon zerrissen war. Der Inhalt der kleineren war ebenso wie bei den übrigen. Ihre Grundfläche war röther, ihre Haut schien etwas feiner als die der anderen zu sein.

Die Blasen, nachdem sie einige Tage gestanden hatten, wurden allmälig flacher und welker. Während der Inhalt resorbirt wurde, bis die Haut derselben wieder dem Chorion anlag, vertrocknete letztere und stiess sich dann, wie beim Scharlach, in grossen Fetzen ab; oder die Blasen wurden durch Zufall abgestossen oder zerdrückt. Dann vertrocknete die Haut, lose vom Körper abstehend. Die Blut enthaltenden Blasen blieben auch nach der Abtrocknung blau. Die Reihenfolge der Abtrocknung war dieselbe wie beim Ausbruche. Röthliche, glatte Flecke mit dünner Haut bezeichneten sodann den früheren Standpunkt der Blasen. Mit der Abtrocknung schwand auch das Oedem, jedoch waren die Füsse noch bis zum 11. Nov. geschwollen.

Das Fieber war während der Krankheit nur gering. Einmal erreichte, als höchsten Punkt, die Temperatur 38·9° C., der Puls hatte höchstens 88 Schläge. Das Allgemeinbefinden war stets gut, der Appetit vortrefflich, der Stuhlgang anfangs etwas erschwert, später normal, der Urin meistens dunkel mit starkem rothem Bodensatze.

Das anfängliche Brennen der Haut wich der äusserlichen Anwendung des Kartoffelmehls und dem innerlichen Gebrauche der Magnesia. Die Eiter enthaltenden Blasen wurden geöffnet und mit 2proc. Carbolsäure ausgewaschen. Aus Versehen nahm Patient einen Esslöffel voll (= 0,28) Carbolsäurelösung. Auf das Befinden hatte die genommene Carbolsäure nicht die geringste Wirkung, aber am folgenden Tage waren sämmtliche Blasen flacher. Nach Umschlägen mit derselben Lösung auf die Blasen war der Inhalt derselben am folgenden Tage resorbirt, die Haut derselben lag dem Chorion flach an und die Umgebung hatte die Röthe verloren.

Adler theilt (**34**) folgenden Fall als Beweis für das Vorkommen eines acuten Pemphigus mit, und betont die Betheiligung der Schleimhaut des Mundes und Rachens am Krankheitsprocesse: Eine 48jährige, gut genährte Bauernswitwe wurde in die Irrenanstalt bei Schleswig mit dem Bilde einer agitirenden Melancholie aufgenommen und erkrankte 8 Tage später unter Fieber, wobei sie über Mattigkeit, Gliederschmerzen und starken Durst klagte. Gleichzeitig

entstand, begleitet von heftigen Schmerzen in den Beinen und geringem Oedem derselben, auf den Füssen und bis zur Hälfte der Unterschenkel hinauf eine Eruption linsengrosser, mit heller Flüssigkeit gefüllter, prall gespannter Blasen, die sich schon am nächsten Tage über die Oberschenkel, den Rumpf und weiterhin über die Hände ausdehnte, bis am 3. Tage unter Collapsus der Tod eintrat. Während der beiden letzten Tage betrug die Körpertemperatur 38·4 und 38·6° C. — Aus dem Sectionsprotokoll ist, abgesehen von den Erscheinungen auf der äusseren Haut, die leichte Ablösbarkeit des Epithels von der gerötheten Schleimhaut des Gaumens und des Oesophagus zu erwähnen.

Jamieson (**35**) bringt 6 Fälle theils acut, theils chronisch verlaufender allgemeiner Dermatitis mit beträchtlicher Abschuppung, welche sich nur zum kleineren Theile mit dem Bilde der Pityriasis rubra (Hebra) decken. Er erinnert jedoch daran, dass von Hans Hebra und Kaposi bereits Angaben über diese Krankheit vorliegen; welche den engen Rahmen der ursprünglichen Hebra'schen Definition überschreiten, besonders was die Unheilbarkeit dieser Affection betrifft. Der erste Fall betraf einen 24jährigen Feldarbeiter und war mit spasmodischem Asthma, Albuminurie und einseitigem Schwitzen complicirt. Mit der Beseitigung der Albuminurie trat dauernde Heilung ein. Der zweite Fall betraf einen 68jährigen Mann, der, früher stark schwitzend, nach einem Gichtanfall vollständig zu schwitzen aufgehört hatte und bald darauf von allgemeiner Röthung und Schuppung der Haut befallen wurde. Da eine Mitralinsufficienz vorlag, wurde zuerst Digitalis, später Eisen gegeben. Vollständige Heilung trat ein, besonders nach dem Gebrauche der Eisenbäder in Harrogate. In einem dritten Falle handelte es sich um ein Recidiv der allgem. Dermatitis, welche schon früher 4 Monate bestanden hatte und spontan geheilt war. Hier wurde eine erhebliche Besserung erzielt. Der vierte Fall war dagegen nach 13jähriger Dauer von jeder Behandlung vollkommen unbeeinflusst. Diesen chronischen Fällen schliessen sich noch zwei acute an. Der eine fand sich bei einem 6jährigen Kinde vor, das wegen Keuchhustens lange Zeit mit Chloralhydrat behandelt war. Es zeigten sich rothe, unregelmässig begrenzte, etwas erhabene, nicht juckende Flecke, symmetrisch über den ganzen Körper zerstreut, die sich gelblich verfärbten und mit rothem Hof umgaben, während zu gleicher Zeit matsche Blasen auftraten. Während die Hautaffection

heilte, entwickelte sich eine Pneumonie, der das Kind erlag. Nach J. steht dieser Fall zwischen Pityriasis rubra und Pemphigus foliaceus (? Ref.). Der andere Fall von acuter Dermatitis trat zu einer acuten Myelitis hinzu; beide Krankheiten endeten in Genesung. In therapeutischer Beziehung räth der Verf., die Haut durch Petroleumderivate geschmeidig zu erhalten, zuerst die Diurese durch Alkalien und Digitalis anzuregen und sodann grosse Dosen der Tinctura ferri sesquichl. und kleine Dosen Carbolsäure zur Minderung der Hauthyperämie in Anwendung zu bringen. Unna.

36. **Lang**. Carcinom auf Lupus. (Wiener med. Wochenschrift, Nr. 48, 1879.)
37. **Maxim. Zeissl**. Ein Fall von vereiterndem Rhinosklerom. (Wiener med. Wochenschrift, Nr. 22, 1880.)
38. **Besnier**. Ueber Dermatomyome. (Ann. de Dermat. et Syph. vol. I, Nr. 1, 1880.)
39. **Hyde**. Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Molluscum verrucosum. (Edinb. med. Journ. p. 687. Febr. 1880.)

Nach Lang (36) erleidet der träge Verlauf des Lupusprocesses eine vollständige Umänderung, wenn zu der ursprünglichen Erkrankung sich Carcinom hinzugesellt. Es wechselt da mit einem Male das Bild: Ein Knötchen, das bis dahin eine durch Wochen kaum bemerkbare Veränderung dargeboten, wandelt sich zu einem rasch wuchernden Knoten um; ein Geschwür, das vordem durch Monate stationär geschienen, führt zu Zerstörungen, die in manchen Fällen nahezu stündlich neue Randpartien erfassen und sich immer mehr vertiefen.

Im November 1878 stellte sich dem Verf. ein 57 Jahre alter Knecht weniger wegen eines seit 47 Jahren bestehenden Lupus vor, als wegen der erst vor 6—7 Wochen hinzugetretenen Geschwulst, welche mitten auf lupösem Boden wucherte. Das ganze Gesicht war, mit Ausnahme des Kinnes, der rechten Oberlippen-, der oberen Stirngegend und der oberen Augenlider, lupös erkrankt. Die unteren Augenlider ektropionirt und in den an den Wangen befindlichen weissen Narbenzügen fixirt. Der ganze Nasenrücken und die angrenzende rechte Wange von mächtigen schwarzbraunen Borken bedeckt, die abgehoben eine zusammenhängende, rothe, stellenweise blutende,

mit ungleich grossen, üppigen, aber weichen Granulationen versehene Geschwürsfläche zum Vorschein kommen liessen. Ein kleineres, aber sonst ähnlich aussehendes Geschwür befand sich auf der linken Wange, wo im Uebrigen bis zu der gleich zu beschreibenden Geschwulst hin Lupusknötchen eingestreut lagen. Die Nasenflügel bis auf kleine Reste zusammengeschrumpft und die linke Nasenöffnung auf eine kleine Lücke verengert. Unmittelbar vor dem linken Ohrläppchen, das so wie die Ohrmuschel durch Lupusinfiltrate zu einem unförmlichen Wulste verdickt war, sass auf etwas eingeschnürter Basis eine halbkugelige Geschwulst, die 4 Ctm. im Durchmesser und 2 Ctm. in ihrer höchsten Wölbung mass. Ihre stellenweise mit einer Borke bedeckte Oberfläche war uneben, bald Höcker, bald Klüfte darbietend, meist roth, hie und da nekrosirend. Die Geschwulst selbst war weich, in der Haut, aus welcher sie hervorgewuchert, nicht eben deutlich abgegrenzt und nicht ganz frei verschieblich. Keine Schmerzen.

Es ist nach dem Verf. ungemein verlockend, in den gegen das Lupusgewebe vorwachsenden Epithelien den ersten Anstoss zur Carcinombildung (d. i. zur atypischen Epithelwucherung) zu suchen. Doch ist das Vordringen von Epithelien gegen lupöse Partien so gewöhnlich vorgefunden worden, und führt dem gegenüber der Lupus so selten und dann erst nach so langjährigem Bestande zu Krebs, dass hierbei ausser diesen auch noch andere Verhältnisse in Rechnung zu ziehen sind.

Mit dem zugeschärften Rande eines nach der Fläche leicht gekrümmten Spatels hob Verf. (November 1878), wie mit einem scharfen Löffel, die Geschwulst in einem Zuge aus dem Boden, in dem sie gewurzelt, und schabte nachträglich Grund und Umgebung mit einem gewöhnlichen scharfen Löffel so lange nach den verschiedensten Richtungen hin, bis er aus der Resistenz des zurückgebliebenen Gewebes alles Carcinomatöse entfernt zu haben schliessen konnte. Aus der blossgelegten Fascia parotideo-masseterica spritzte ein Gefäss und erforderte eine kurz andauernde Compression. Unter einem Carbolverbande trat allmälige Heilung der Wunde, die ausserdem täglich mit Tinct. arsenical. Fowleri bepinselt wurde, ein, und war dieselbe am 1. Februar 1879 mit einer festen Narbe bedeckt.

Inzwischen wurde auch die Behandlung des Lupus in der üblichen Weise in Angriff genommen und fortgesetzt, und dem Pat. innerlich zuerst Jodeisen und dann Fowler'sches Solution, die er noch gegenwärtig einnimmt, gereicht.

Ein Recidiv des Carcinoms ist bis ein Jahr seit der Operation nicht aufgetreten. Auch der Lupus besserte sich so auffallend, dass selbst das Ektropium der unteren Augenlider verringert erscheint.

Zur mikroskopischen Untersuchung konnte nur der mit dem Spatel herausgehobene Theil verwendet werden, in welchem sich Krebs, Lupusgewebe jedoch nicht vorfand. Es unterliegt keinem Zweifel, dass in den Randpartien, die klinisch ja ganz deutlich diffuse Lupusinfiltrate und disseminirte Lupusknötchen erkennen liessen, der Nachweis des Lupusgewebes auch mikroskopisch hätte geführt werden können, nur sind gerade diese Theile, sowie auch der Grund geschabt und dadurch für eine instructive anatomische Untersuchung unbrauchbar geworden.

M. Zeissl veröffentlicht (**37**) die Krankengeschichte eines mit Rhinosklerom behafteten Mannes. Es sei dies bisher der einzige Fall, in welchem der ausgedehnte und tiefgreifende Zerfall der in Rede stehenden Neubildung constatirt werden konnte. Derselbe wurde schon im Jahre 1874 in den von Zeissl sen. als Beilage zur dritten Auflage seines Lehrbuches herausgegebenen Tafeln abgebildet und die Krankengeschichte in Kürze publicirt. Ungeachtet dieser Mittheilung werde jedoch noch sehr häufig der Zerfall der Rhinoskleromknoten als nie vorkommend angenommen. Die Krankengeschichte ist folgende:

W. H., 35 Jahre alt, ledig, aus Galizien gebürtig, wurde am 7. October 1872 aufgenommen. W. gab an, dass er mit Ausnahme eines infectiösen Harnröhrenkatarrhs, an welchem er in seinem 17. Lebensjahre erkrankte, und der innerhalb sechs Wochen vollständig zur Heilung gebracht wurde, nie mit einem ähnlichen Leiden behaftet war. Geschwüre an den Genitalien oder andere auf Syphilis deutende Symptome hat er nie an sich beobachtet. Seine Eltern, die ebenfalls untersucht und von Syphilis frei befunden wurden, waren weder vor noch nach der Geburt des W. nach ihrer Angabe je erkrankt gewesen. Seit dem Jahre 1864 bemerkte der Kranke, dass sein Geruchssinn abnehme und dass er schwerer athme, weil er durch die Nase keine Luft bekomme. Das Leiden in der Haut der Nase und in der Haut über den Thränensäcken soll im Jahre 1866, und zwar am linken Nasenflügel und in der Haut über dem linken Thränensacke begonnen haben. Als ätiologisches Moment gibt W. einen Fall auf die Nase gelegentlich gymnastischer Uebungen an. Mercur und Jod blieben

ohne Erfolg. Im Gesichte des Kranken konnte man folgende Veränderungen constatiren: In der Haut neben den beiden inneren Augenwinkeln über den beiden Thränensäcken waren von Krusten bedeckte Rhagaden zu finden, welche sich in elfenbeinharten, daselbst situirten Knoten gebildet hatten. Der Knoten der linken Seite hatte die Thränenleitung durch Compression vollständig aufgehoben. Der linke Nasenflügel war durch zwei harte an einander stossende Knoten in eine elfenbeinharte, starre Masse umgewandelt. Ein gleicher kleinerer Knoten fand sich im rechten Nasenflügel, welcher von rauher, haar- und follikelloser Haut bedeckt wurde. Das Colorit der erkrankten Hautpartien war kaum verändert. Beide Nasenöffnungen waren durch derbe Infiltrate der gewulsteten Nasenschleimhaut verengt. Namentlich war dieselbe aus dem rechten Nasenloche wulstförmig hervorgestülpt, das linke Nasenloch war in Folge der derben Infiltrate der Nasenschleimhaut in einen sehr schmalen Längsschlitz umgewandelt. Die unteren Nasengänge beider Seiten waren selbst für eine mässig dicke Sonde sehr schwer durchgängig und dadurch die Athmung sehr behindert. Die ganze Nase erschien etwas ödematös geschwellt, der üble Geruch, welcher bei syphilitischen Erkrankungen der Nase fast constant vorhanden ist, war nicht wahrzunehmen. Bei Inspection des Pharynx erwies sich die Uvula als abgängig. An der Stelle ihres früheren Sitzes fand sich ein oberflächliches Geschwürchen, welches auf die benachbarte Schleimhaut überzugreifen schien. Ein zweites dreieckiges Geschwür, dessen Basis gegen die Schneidezähne gerichtet war, fand sich in der Schleimhaut des harten Gaumens. Es handelte sich nun um die Feststellung der Diagnose. Man konnte nur an drei Erkrankungen denken, nämlich an Syphilis, Lupus vulgaris und Rhinosklerom.

Um nun einerseits die Diagnose e juvantibus sicher zu stellen und andererseits zu erweisen, dass das Rhinosklerom keine Syphilisform ist, wurden dem Kranken, der sich zu jeder Behandlungsweise bereit erklärte, Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe verordnet. In die Nasenöffnungen wurden mit grauer Salbe bestrichene Charpiewicken möglichst hoch hinaufgeschoben, die erkrankten Hautpartien über den Thränensäcken und die Nasenspitze wurden mit grauem Quecksilberpflaster bedeckt.

Diese Behandlung wurde consequent vom 9. October bis 11. November 1872, an welchem Tage der Kranke die 31. Einreibung à 2 Gramm ausgeführt hatte, fortgesetzt. Am erwähnten Tage klagte

der Kranke über Appetitlosigkeit und wurden deshalb die Einreibungen sistirt und innerlich Syrupus ferri jodati zu 2 Gramm de die verabreicht. Während dieser ganzen Zeit hatte sich nur die leichte ödematöse Schwellung der Nase etwas vermindert, die übrigen Krankheitssymptome waren unverändert geblieben. Da der Kranke sich am 26. November wieder wohl fühlte, wurden demselben neuerlich Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe verordnet, und machte der Kranke bis zum 8. December noch weitere 12 Einreibungen. Von dem letzteren Tage ab blieb der Kranke ohne Medicament. Vom 17. December an wurden die aus den Nasenlöchern hervorragenden Schleimhautwülste mit Jodtinctur bepinselt. Da am 15. Jänner die Symptome noch immer im Wesentlichen unverändert waren, wurde dem Kranken von diesem Tage an Decoctum Zittmanni verabreicht und consumirte der Pat. 18 Portionen à 300 Gramm von dem stärkeren und 18 Portionen à 300 Gramm de die von dem schwächeren in der bekannten Weise. Auch dieses Medicament blieb ohne jeden Erfolg. Vom 1. Februar ab nahm der Kranke täglich 2 Grm. Jodkalium und wurden die Nasengänge durch Einlegen von Pressschwamm dilatirt. Bei fortgesetztem Jodkaliumgebrauch war der Zustand bis zum 4. April unverändert geblieben.

Trotz der geschilderten Therapie hatte sich in dem Knoten des linken Nasenflügels Eiter gebildet und die Fluctuation stetig zugenommen, und war am 10. April 1873 endlich Durchbruch des Eiters erfolgt, wodurch der ganze linke Nasenflügel in ein von der Nasenspitze bis zur Nasolabialfalte reichendes Geschwür umgewandelt wurde. Auf die Geschwürsfläche wurde Jodoform gestreut und auf das schmerzhafte Gesicht kalte Ueberschläge applicirt. Da das Geschwür durch das Jodoform zu stark gereizt wurde, beseitigte man dasselbe, und da dem Kranken die kalten Ueberschläge angenehm waren, wurden nun diese fortgesetzt und innerlich Jodkalium verabreicht. Am 23. April zerfiel der Knoten über dem linken Thränensacke ebenfalls und begann das aus dem Rhinoskleromknoten am linken Nasenflügel hervorgegangene Geschwür sich zu reinigen und griff nicht mehr weiter. Am 9. Mai zerfiel die wulstförmig vorgetriebene Schleimhaut der linken Nasenhälfte und zeigte sich in derselben ein kraterförmiges Geschwür. Die Eiterung war eine ziemlich profuse. Das Geschwür wurde jeden zweiten Tag mit Nitras argenti in Substanz betupft und für häufige Reinigung der Nase mit 2 %igem Carbolwasser gesorgt. Gleichzeitig

entwickelte sich eine Reihe von Geschwürchen von Linsen- bis Bohnengrösse in der Schleimhaut des harten Gaumens. Durch den ziemlich ausgedehnten Zerfall hatte sich der Dickendurchmesser der Knoten im linken Nasenflügel um die Hälfte verkleinert und war auch der linke untere Nasengang etwas wegsamer geworden.

Der Zerfall der Geschwüre schritt nun langsam fort und war endlich das Septum mobile nasi perforirt worden und hatte sich das Geschwür in der Haut über dem linken Thränensacke bis zur Mitte des unteren linken Augenlides ausgedehnt. Die harte Infiltration hat sich auch weiter auf die Oberlippe ausgedehnt und das Geschwür am linken Nasenflügel eine unebene, höckerige, stark eiternde Oberfläche dargeboten.

Am 16. September 1876 erfolgte der Tod des Kranken. Der ganze linke Nasenflügel fehlte zuletzt bis nahe an den knöchernen Theil, der zurückgebliebene Hautrand war verdickt, hart anzufühlen und mit Knoten von verschiedener Grösse besetzt. Die Nasenspitze und der ganze Rand des rechten Nasenflügels im Zerfalle begriffen, das Septum nasi kolbenartig verdickt, hart und füllte beide Nasenlöcher aus, so dass diese nur sehr enge Längsspalten darstellten. Die Oberlippe war verdickt, mit Rhinoskleromknoten infiltrirt und des Schnurrbartes verlustig geworden. Die Schleimhaut der Oberlippe, sowie die der Mund- und Rachenhöhle war vollkommen intact, zeigte aber die Narben von früheren Ulcerationen. Die Rhinoskleromknoten über den Thränensäcken hatten an Grösse noch weiter zugenommen und zeigten in ihrem Centrum ein mässig tief greifendes Geschwür. Die Conjunctiva war nicht ergriffen.

In einer Serie von Aufsätzen über Hautgeschwülste, welche Besnier mit dem von uns schon referirten Artikel über colloide Entartung der Haut (diese Vtljhrschr. I. Heft, pag. 139, 1880) begonnen hat, erörtert derselbe Autor weiter die Myome der Haut (38). Er berichtet über folgenden Fall: Ein 60jähriges Weib zeigte zerstreut über den Stamm und die oberen Gliedmassen linsengrosse, blass rosenrothe, runde und ovale, wenig erhabene Flecke; ferner kleine, ziemlich feste, erbsen- oder linsengrosse, ebenso gefärbte, hie und da dunklere Geschwülste. Ihre Oberfläche war von normaler Hornschicht bedeckt, nirgends pigmentirt, die Sensibilität normal, kein Jucken.

Sie hatten sich in 3 Monaten entwickelt. Excidirte Stücke erwiesen sich nach Balzer's Untersuchung (Soc. de Biologie. 25. Jänner 1879) als völlig aus Bündeln von glatten Muskelfasern bestehend, welche ein dichtes Geflecht bilden. Die Oberhaut darunter verdünnt, aber sonst normal. Hie und da im Gewebe der Spindelzellen Gefässdurchschnitte und bisweilen Nervenbündel. Talg- und Schweissdrüsen selten. Verf. bezeichnet diese Geschwülste als Liomyome.

Verf. weist schliesslich darauf hin, dass diese Neugebilde, welche zuerst von Virchow, dann von Forster und Verneuil beschrieben worden sind, nicht blos, wie früher geglaubt worden war, von praeexistenten, musculösen Elementen (Dartos, Umgebung der Brustwarze), sondern direct aus dem Bindegewebe der Haut hervorgehen können.

Ein Deutsch-Amerikaner von sonst blühender Gesundheit bekam zweimal unter der Beobachtung von Hyde (**39**) eine universelle Eruption von glatten, halbkugelförmigen, 1—3 Mm. im Durchmesser haltenden, vollständig indolenten Efflorescenzen, nachdem bereits vor einem Jahre dieselbe Affection an denselben Stellen aufgetreten und nach fast einjährigem Bestande von selbst mit Hinterlassung röthlicher Flecke verschwunden war. Die Efflorescenzen waren nie gedellt, nie abgeflacht oder zugespitzt, zeigten keine Bevorzugung der Follikel und nirgends secundäre pathologische Produkte, wie sie auch auf vollständig gesunder Haut aufsassen. Die kleinsten waren miliumähnlich, die grösseren röthlich bis bläulichroth und zeigten sämmtlich eine weisslich durchscheinende Kappe ohne Andeutung eines Ausführungsganges. Beim Anstechen und Durchschneiden entleerte sich reines Blut, weder Eiter noch Sebum konnte herausgedrückt werden. Die Eruption nahm den Rumpf und die Extremitäten mit Ausnahme der Füsse und inneren Handfläche ein. Der Handrücken und die Interdigitalfalten trugen wenige Papeln. Ganz frei waren stets Kopf und Genitalien, während die Glutaealgegend und die Oberschenkel am dichtesten besetzt erschienen. Sehr starkes Schwitzen, wozu der Pat. neigte, war das einzig auffindbare ätiologische Moment. Das erste Recidiv während der starken Sommerhitze von 1878 war Januar 1879 verschwunden, das zweite schwächere Recidiv vom April 1879 bereits im Juli 1879 trotz andauernder Hitze ebenfalls. Die Abhängigkeit von starkem Schwitzen, die spontane Involution und Recidivfähigkeit,

das Fehlen aller subjectiven Symptome und die Blutung beim Anschneiden hat die Affection mit dem Molluscum verrucosum (Kaposi) gemein, während die ungeheure Menge der Efflorescenzen, das Fehlen einer eingeschnürten Basis und einer centralen deprimirten Oeffnung, eines weissen, milchigen, käsigen, lappigen Inhalts, das Freibleiben von Gesicht und Genitalien gegen diese Diagnose sprechen. Trotzdem stellt Hyde auf die brieflich mitgetheilte Ansicht von Kaposi hin die Diagnose auf Molluscum verrucosum (Kaposi) und weist auf einige Fälle dieser Krankheit von Hutchinson hin, die analoge Abweichungen bieten. Zu bedauern ist nur der Mangel einer äquivalenten histologischen Bearbeitung des Falles, welche diese Zweifel wohl sicher entschieden haben würde. Unna.

40. Eichhorst. Beobachtungen über Alopecia areata. (Virch. Arch. Bd. LXXVIII. p. 197. 1879.)
41. Michelson. Zur Discussion über die Aetiologie der Area Celsi. (Virchow's Arch. Bd. LXXX. 1880.)
42. Vidal. Alopecia areata. (Gaz. des Hôp. 59. 1879.)
43. Fournier. Ueber Alopecie. (Gaz. des Hôp. 134. 136. 150. 1879.)

Die Untersuchung der Haare, welche Eichhorst (**40**) an 9 mit Alopecia areata behafteten Kranken angestellt hat, ergab mit Ausnahme eines Falles ein negatives Resultat. In demselben liess sich bei einem 53jährigen Manne zwischen dem Haare und der Wurzelscheide, sobald letztere an jenem haften geblieben war, bei 1250facher Vergrösserung eine Menge grünlich-gelb gefärbter Pilzsporen von runder Form und einem Durchmesser von 1·3, in der Regel aber von 3·5—4·0 μ nachweisen, die zuweilen auch zwischen die Epithelien der Wurzelscheiden eingedrungen waren, die Haarsubstanz selber jedoch intact gelassen hatten. Mycelfäden konnten selbst bei sorgfältigster Durchmusterung nicht entdeckt werden. Die Untersuchung der Haare wurde in der Weise vorgenommen, dass sie mit ihren unteren Theilen in 20proc. Kalilauge, dann eben so lang in absoluten Alkohol gelegt und nachdem sie 24 Stunden lang der Einwirkung einer gesättigten Lösung von Bismarckbraun ausgesetzt waren, mit absolutem Alkohol ausgewaschen und in Glycerin aufbewahrt wurden. Nur diejenige Stelle des Haares, welche in den oberen Dritteln des Haarfollikels lag, blieb hierbei ungefärbt, sie war deutlich verdünnt und machte den

Eindruck, als wäre sie durch irgend eine Gewalt von allen Seiten eingeengt gewesen. Sie entsprach derjenigen Stelle, an welcher bei den mit Wurzelscheidenresten versehenen Haaren die Anwesenheit der Pilzsporen constatirt wurde.

Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, dass der gefundene Pilz dem Mikrosporon furfur identisch oder nahe verwandt, jedenfalls aber als die Ursache der Alopecie im vorliegenden Falle zu betrachten sei. Angesichts dieses Befundes entbehre ein negatives Untersuchungsresultat bei dieser Erkrankung deshalb jede Bedeutung, weil beim Herausziehen des Haares selbst gesunder Personen die Wurzelscheide meist nicht mitfolgt, was umsomehr bei einer Lockerung derselben, wie hier, der Fall sein müsse. Beweisend könne ein negativer Befund nur dann sein, wenn die Wurzelscheiden auch in ihren oberen Hälften keine Pilze enthalten. Jedenfalls gehe aus dem mitgetheilten Befunde hervor, dass es eine parasitäre Form der Alopecia areata gebe, wenn auch diese Annahme nicht für alle Fälle dieser Affection passe.

Michelson fasst in einer eingehenden Arbeit (**41**) die Angaben über Area Celsi aus der jüngsten Zeit zusammen, indem er insbesondere jene der Anhänger der Pilzhypothese einer Kritik unterzieht. (Eine ähnliche kritische Zusammenstellung in Bezug auf dasselbe Thema hat Merklen in dem 2. Hefte der „Annal. de Dermat." 1880 veröffentlicht, welche sich jedoch mehr der Pilzhypothese zuneigt.) Wir entnehmen der Arbeit von Michelson Folgendes, wenn auch theilweise den Lesern der Vierteljahresschrift schon Bekanntes:

Malassez nimmt für sich die Wiederentdeckung des „Champignon de la pelade" nicht in Anspruch, sondern weist dieselbe Hrn. Courrèges, einem „hervorragenden Externe des hôpitaux" zu. Der letztere untersuchte nicht blos die von der Peripherie der Plaques ausgezupften Haare, sondern auch die Schuppen, welche man erhält, wenn man die Kopfhaut im Niveau der Flecke leicht abschabt. Die Hautschuppen und Haare wurden von Malassez zuvörderst mit Alkohol und Aether entfettet und dann in 1procentiger Phenylsäurelösung resp. in mit Essigsäure leicht angesäuertem, verdünntem Glycerin unter das Mikroskop gebracht. Auch einige, den Plaques entnommene und entsprechend präparirte Hautstückchen sind auf die Anwesenheit von Pilzen untersucht worden. Als Resultat ergab sich: Das Vorhandensein eines Pilzes, der seinen Sitz in dem oberflächlichsten Hornlager der

Epidermis hat und die Lamellen desselben allmälig in Form von Schuppen loslöst. Derselbe findet sich nur zufällig auf den Haaren vor und zwar auf den Epithelzellen, welche mit der Epidermis in Zusammenhang stehen. In den Haarfollikeln wurden, wie Malassez ausdrücklich hervorhebt, keine Pilzsporen gefunden.

Der Pilz besteht einzig und allein aus sehr kleinen sphärischen Sporen, von denen sich 3 Typen unterscheiden lassen: 1. doppeltcontourirte, zuweilen mit einem knospenartigen Auswuchs (bourgeon) versehene, 4—5 μ grosse Sporen; 2. kleinere von 2—2·5 μ Durchmesser ohne Doppelcontour, aber gelegentlich noch mit bourgeons; 3. ganz kleine (sporules) mit einem Durchmesser unter 2 μ, einfachem Contour und ohne bourgeons. Rosenkranzartige Aneinanderreihungen von mehr als höchstens 5—6 Sporen fanden nicht statt; desgleichen sind fadenförmige Elemente nicht beobachtet. Bei der Aehnlichkeit einzelner der beobachteten Formen mit Fetttröpfchen behandelte Malassez einige Präparate mit Osmiumsäure, durch welche jedoch eine Schwarzfärbung nicht herbeigeführt wurde.

Der Arbeit von Buchner entnimmt Vf. dessen Schlüsse, welche er in folgender Weise zusammenfasst:

Um die Pilzfrage bei Area Celsi zur Entscheidung zu bringen, kann man versuchen, durch Ausziehen der ergriffenen Haare mit einer ausgeglühten Pincette und Einbringen derselben in pilzfreie Nährlösung (Fläschchen mit Watte verschlossen, und im Dampftopf während 1—2 Stunden auf 110—120° C. erhitzt) die supponirten pathogenen Schizomyceten zu vermehren und auf diese Weise einem näheren Studium zugänglich zu machen. Selbstverständlich hängt diesem Verfahren der Uebelstand an, dass wohl immer am freien Theile des Haarschafts einige aus der Luft stammende gewöhnliche Spaltpilze sitzen mögen, die demnach in die Züchtungsflüssigkeit mit eingeführt werden. Da nun die supponirten Pilze der Area Celsi jedenfalls in den anhängenden Gewebstheilen der Haarwurzel grösstentheils feststecken würden, durch Schütteln in der Flüssigkeit sich also nicht vertheilen liessen, so wäre es in diesem Falle nicht wie sonst möglich, durch Verdünnung eine wirkliche Reincultur der pathogenen Pilze zu erlangen. Durch geeignete Wahl der Nährlösung, d. h. durch Anwendung einer den Schizomyceten im Allgemeinen möglichst günstigen, würde man jedoch, wenigstens für den Anfang der Vegetation sicher darauf rechnen dürfen, dass die supponirten pathogenen Pilze sich annähernd ebenso rasch vermehren,

als die zufällig hineingelangten gewöhnlichen Spaltpilze. Da nun aber die pathogenen Pilze anfangs in der Ueberzahl waren (ihre Anwesenheit überhaupt vorausgesetzt), so müssten dieselben wenigstens für die erste Zeit in überwiegender Menge in der Züchtung sich bemerklich machen. Buchner hat nun bei dem einzigen von ihm beobachteten Falle in dieser Weise Versuche angestellt und bei achtmaliger Wiederholung jedesmal die gleiche Pilzform angetroffen, und zwar eine charakteristische, zu den Schizomyceten gehörige Form, wie Buchner sie niemals bei zufällig in der Luft vorkommenden Spaltpilzen resp. deren gezüchteten Abkömmlingen beobachtet hatte. Dieselbe bestand aus je einem kleinen glänzenden scharfbegrenzten Körnchen von kaum 0,001 Mm. Durchmesser mit zwei sehr dünnen und kurzen fadenförmigen Fortsätzen in entgegengesetzter Richtung, die unbestimmt, gleichsam abgebrochen endigen. Bemerkenswerthe Aehnlichkeit zeigte dieser Pilz mit gewissen verkümmerten Formen des sporenbildenden Milzbrandpilzes, wie man solche durch Züchtung desselben in ungünstigen Nährlösungen erlangen kann; auch aus den Heubacillen (Cohn) liessen sich wohl durch geeignete Ernährungsweise ähnliche Formen erzielen. Man dürfe übrigens nicht schliessen, dass der Pilz gerade in der hier beschriebenen Form schon in der Kopfhaut und Haarwurzel bei Area Celsi vorkommen müsse; die Erfahrung lehrt nämlich, dass alle Pilze und namentlich auch die pathogenen, so z. B. jener des Milzbrandes, ihre Formen etwas verändern, namentlich in guten Nährlösungen auch etwas grösser werden, als sie an ihrem ursprünglichen Vegetationsorte zu sein pflegen. Trotz der Uebereinstimmung, welche bei seinen Befunden sich zeigte, möchte B. jedoch, da die Methode keine untadelhafte ist, sich nicht getrauen, den beschriebenen Pilz als jenen der Area Celsi mit Sicherheit zu bezeichnen.

Endlich bespricht Vf. die Arbeit von Eichhorst (siehe oben), der unter 9 Fällen von Area Celsi einmal Pilzsporen an den erkrankten Haaren gefunden hat. Obwohl der Ansicht, dass durch das Vorhandensein der später näher beschriebenen Elemente der parasitäre Ursprung der Krankheit in diesem einen Falle bewiesen wird, verwahrt sich Eichhorst davor, die betreffende Erfahrung schematisch auf alle Fälle übertragen zu wollen.

Nach der mit aller Ausführlichkeit mitgetheilten Krankengeschichte unterliegt es nach dem Vf. keinem Zweifel, dass es sich in dem Falle von Eichhorst thatsächlich um Area Celsi gehandelt hat.

Da unter denen, welche bis in die neueste Zeit hinein sich für den mycotischen Ursprung der Area Celsi ausgesprochen haben, Tilbury Fox mit angeführt worden ist, so sucht Vf. den Nachweis zu liefern, dass die bezügliche Angabe auf einem Missverständnisse beruht. Die Tinea decalvans Tilbury Fox's sei nämlich keineswegs identisch mit der Area Celsi resp. Alopecia areata der deutschen Dermatologie. Dies gehe aus dem „Tinea decalvans" betitelten Journalartikel, sowie aus dem gleichnamigen Abschnitt der „Skin Diseases" unzweideutig hervor.

Auf die älteren Berichte über das Vorkommen von Pilzen endlich näher einzugehen, liege nach Pincus' klarer und sachlicher Kritik derselben keine Veranlassung vor. Es sei indess nicht überflüssig, festzustellen, dass die Ergebnisse der mikroskopischen Haaruntersuchung, wie sie sich aus der Darstellung Malassez', Buchner's und Eichhorst's ergeben, weder untereinander übereinstimmen, noch je für sich mit der Schilderung, die Gruby von seinem Mikrosporon Audouini entwirft.

Buchner nimmt das Vorhandensein von nicht ohne Weiteres erkennbaren, sondern erst nach Züchtung angetroffenen, zu den Schizomyceten gehörigen Organismen an. Malassez sowohl wie Eichhorst sahen nur Sporen, keine Mycelfäden; beide Autoren enthalten sich der botanischen Classification, aber während Malassez seine bei der „Pelade" gefundenen Sporen dem Mikrosporon furfur so unähnlich findet, dass er sie nicht einmal in derselben Gruppe mit diesem untergebracht wissen will, hält Eichhorst die seinigen — nach ihrem „haufenförmigen und gruppenweisen Auftreten, der annähernd gleichen Grösse der Sporen und dem Mangel an Mycelfäden" — für dem Mikrosporon furfur so ausserordentlich ähnlich, dass er mit grosser Wahrscheinlichkeit eine völlige Identität oder doch wenigstens eine nahe Verwandtschaft annehmen möchte.

Malassez' „Champignon de la Pelade" siedelt sich nur in den oberflächlichsten Schichten der Epidermis an; in den Haarfollikeln wird er total vermisst. Eichhorst's Pilzsporen werden ausschliesslich in den, den beiden oberen Dritteln des Follikels entsprechenden Partien angetroffen und zwar entwickeln sie sich vorwiegend zwischen Haar und innerer Wurzelscheide; von hier aus wandern nur vereinzelte zwischen die Epithelien der Wurzelscheiden nach aussen.

In rosenkranzartiger oder gruppenweiser Anordnung stellen sich sowohl nach Malassez' als nach Eichhorst's Zeichnungen mit Deut-

lichkeit Häuflein von höchstens 5—6 aneinandergereihten Sporen dar. Beide Autoren können über ein Eindringen von Pilzen in die Haarsubstanz selbst nicht berichten und ebensowenig über ein Vorkommen derselben in der Circumferenz des freien Haarschafts.

Gruby beschreibt das erkrankte Haar als umgeben von einer wahren Pilzscheide. Dieselbe überziehe den Haarschaft von der Mündung des Follikels an etwa 1—3 Mm. aufwärts und bestehe in ihrem inneren Theile aus Verzweigungen, die im Haargewebe entspringen, ferner aus sich zuweilen unter einem Winkel von 30—50 Grad gabelförmig theilenden Mycelfäden und endlich aus den, den äusseren Abschnitt der Pilzscheide bildenden Sporen.

Wenn man nun auf die klinische Seite der Frage eingeht, so kann nach dem Verf. kaum in Abrede gestellt werden, dass das Krankheitsbild der Area Celsi nicht unwesentliche Abweichungen von den, den anerkannten Dermatomykosen gemeinsamen Erscheinungen zeigt. Kein Hautjucken, keine Anhäufung losgelöster Epidermisschollen, keine Schorf-, Bläschen-, Pustel- oder gar Knotenbildung innerhalb des afficirten Hautbezirkes. — Unter der grossen Zahl der in der Literatur gesammelten Krankheitsfälle verschwindend wenige, deren Entstehungsursache allenfalls auf Ansteckung zurückgeführt werden könnte; nirgend ein Bericht über gelungene experimentelle Uebertragung.

Allmäliges Umsichgreifen, wie beim Herpes tonsurans allerdings, aber das Aussehen der Haut in den jüngsterkrankten peripherischen Partien nicht im geringsten differenzirbar von dem der ersterkrankten centralen Bezirke. Und nicht die erstentstandenen Flecke beginnen zuerst auch ihren Haarwuchs zu restituiren, sondern gleichzeitig meist erhalten alle kahlen Stellen ihre Bedeckung wieder (Hutchinson).

Ferner vermag die parasitäre Theorie die Thatsache nicht zu erklären, dass in einer ausserordentlich grossen Zahl von Fällen das Initialstadium der Krankheit von den heftigsten Kopfschmerzen begleitet wird; sowie die Beobachtung der mit Anbeginn des Leidens vorhandenen Blässe und Verdünnung der erkrankten Hautstellen.

Auch im Sinne der Spaltpilzhypothese (Buchner) bleiben die Krankheitserscheinungen der Area Celsi ohne alle Analogie.

Was endlich die Pilze des Falles von Eichhorst betrifft, so glaubt Verf., dass Eichhorst's Pilze dem Achorion Schoenleinii, dem Trichophyton tonsurans und auch dem Mikrosporon furfur keineswegs besonders ähnlich erscheinen. Was in specie das Mikrosporon

furfur anbetrifft, so liege eine greifbare Differenz des morphologischen Charakters beider Formen nicht allein in den, beim Mikrosporon furfur meist sehr reichlich vorhandenen Mycelien, sondern auch darin, dass jedes Microsporonpräparat eine grössere Zahl einzelner, sich gegen ihre Umgebung genau abgrenzender, aus je 30 und mehr Gliedern zusammensetzender rundlicher oder traubenartiger Conidienhaufen zeigt.

Während ausserdem Eichhorst von seinen Pilzsporen angibt, dass sie das Bismarckbraun nicht annehmen, imbibiren sich die Sporen des Mikrosporon furfur — wenn man Fragmente der an Pityriasis versicolor erkrankten Oberhaut genau nach Eichhorst's Methode präparirt hat — sehr schön mit dem genannten Farbstoff.

Für die Haaruntersuchung bei Area Celsi habe Verf. das von Eichhorst angegebene Verfahren vorläufig erst in zwei Fällen nutzbar machen können. Dass der Erfolg negativ war, beweist nichts, da ja Eichhorst unter 9 Fällen auch nur einmal Pilze entdeckte.

Wer mit Eichhorst's Präparationsmethode nachuntersuchen will, möge übrigens beachten, dass Weigert, welcher zuerst das Bismarckbraun in die mikroskopische Technik eingeführt hat, Cautelen angibt, um die in der wässrigen Lösung „leicht erfolgende Schimmelbildung zu erschweren". Uebrigens sei seiner Zeit auch gegen Malassez vom Referenten der Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. der Einwand geltend gemacht worden, dass ein Zweifel an der „Pilznatur dieser „Sporen" so lange erlaubt sei, als Mycelium und Ketten von Conidien nicht constatirt sind", wie dies auch bei Eichhorst nicht geschehen ist. Auf anderem Blatte aber stehe die Frage, ob die von Eichhorst unter 9 Fällen von Area Celsi nur einmal und hier auch nur an wenigen Haaren gesehenen Pilzsporen die Aufstellung einer besonderen Form von Area Celsi, einer solchen „mit parasitärem Ursprung" gestatten oder aber, ob die beobachtete Pilzwucherung als eine ausnahmsweise und rein zufällige zu betrachten ist.

Für die letztere Alternative scheine, ausser dem oben erörterten klinischen Verhalten der Area Celsi die eigenthümliche, von Eichhorst geschilderte Localisation der Sporen zu sprechen. Es sei sehr auffällig, wenn eine Vegetation, deren räumliche Verbreitung sonst ausschliesslich von der Beschaffenheit des vorgefundenen Nährbodens abhängig ist, immer nur einen bestimmten Theil des Follikels occupirt und nicht auch in die benachbarten Bezirke hineinwächst, welche sich aus

denselben Gewebselementen constituiren und somit ganz die gleichen Ernährungsbedingungen darbieten.

All' diese Erwägungen führen den Verf. zu der Schlussfolgerung, dass durch die neuen ebensowenig, wie durch die einschlägigen älteren Beobachtungen eine ätiologische Beziehung pflanzlicher Parasiten zur Area Celsi erwiesen sei.

Die Behandlung, welche Vidal (**42**) seit Jahren gegen Alopecia areata einhält, ist Folgende:

Alle 2 Tage Abrasiren der Haare der erkrankten Stelle der Kopfhaut, auf welche hierauf ein Blasenpflaster gelegt wird. Man nimmt es ab, sobald sich die Epidermis abzuheben beginnt, und legt nach 2 Tagen ein neues Pflaster auf. Schon nach 2—3maliger Application des Pflasters soll das Leiden nicht weiter schreiten. Dieses Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis ein kräftiges Haar hervorzuspriessen beginnt. Ist dieses Ziel erreicht, so wird Cantharidentinctur des Morgens und Abends mit einer Zahnbürste in die betreffende Hautpartie eingerieben. Nebenbei erweisen sich auch Waschungen mit Dct. fol. jugl. nebst Rum und Liquor Ammon. caustici vortheilhaft.

Hat die Affection ihren Sitz an der Stelle des Barthaares, so genügt neben dem täglichen Abrasiren desselben die Application der Tinct. Cantharidum in Verbindung mit den erwähnten Waschungen.

Während andere Kurmethoden einen Zeitraum von 6—8 Mon. in Anspruch nehmen, hat Vidal mit der beschriebenen bei über 100 Kranken durchschnittlich in 3—4 Monaten, ja oft noch früher, Heilung erzielt.

Unter Alopecie versteht Fournier (**43**) eine Krankheit der Haarpapillen, in deren Folge die Haare der verschiedenen Körpergegenden, besonders des Kopfes, ausfallen; meist wachsen keine neuen nach und daher entsteht Kahlheit.

Sie wird herbeigeführt durch Geschwürsbildung der behaarten Kopfhaut oder gewisse mehr oberflächliche Affectionen derselben, wie Erysipelas, Eczem, Pityriasis etc., oder endlich Parasiten, welche dort nisten. Ausserdem gibt es noch Formen der Alopecie, welche nicht mit einer Affection der behaarten Kopfhaut an sich zusammenhängen. Hieher gehört:

Die senile Alopecie, welche sich im mittleren Lebensalter, gegen das 35. bis 40. Lebensjahr, einzustellen pflegt. An diese Form

schliesst sich die frühzeitig senile, welche um das 25. bis 30. Lebensjahr, zuweilen sogar noch früher, erscheint und in erster Reihe der Gicht, sodann allen schwächenden, lange Zeit hindurch einwirkenden Potenzen, sowie noch unbekannten Ursachen, z. B. bei ganz gesunden und unter günstigen hygienischen Verhältnissen lebenden Individuen zugeschrieben werden muss.

Beide Formen unterscheiden sich von den übrigen durch das langsame, Jahre lang andauernde Fortschreiten, durch das Beschränktbleiben auf den Scheitel und auf die vordere und obere Partie des Schädels, sowie durch die Symmetrie, welche dieselben beobachten, insofern sie auch nicht um einen Centimeter auf der einen Kopfhälfte weiter als auf der anderen vorschreiten.

Ferner jene Alopecie, welche nach Ablauf gewisser Krankheiten, vorzugsweise Scarlatina, Erysipelas, gastrische und nervöse Fieber und Lungenentzündung, ja selbst nach ganz regelmässig verlaufenen Wochenbetten auftritt. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich sehr rasch entwickelt, alle behaarten Stellen ergreift, niemals complete Kahlheit hervorruft, und dass nach einiger Zeit ein neuer Haarwuchs sich einstellt. Hier hat man es zweifellos mit einer Nutritionsstörung des ganzen Körpers und somit auch der Haarpapillen zu thun.

Die cachectische Alopecie entspringt aus allen Krankheitsprocessen, welche den Organismus in hohem Grade schädigen. Sie befällt alle Stellen, wo Haare wachsen, nachdem dieselben vorher ein glanzloses Aussehen angenommen haben.

Auch Syphilis erzeugt bekanntlich öfter Alopecie, und zwar entweder allgemein oder local, regelmässig einige Monate nach der Infection, selten später, und nur dann, wenn die Behandlung keine merkurielle war (? A.). Sie kann zwar alle Syphilisformen begleiten, jedoch besonders diejenigen, welche vorzugsweise eine Abschwächung des Körpers zur Folge haben. Auch befolgt das Defluvium capillitii hier keine bestimmte Regel, da sich bald die Haare nur lichten, bald einzelne kahle Stellen entstehen, bald ein vollständiger Verlust der Haare stattfindet. Vor diesen Vorgängen verlieren dieselben ihren Glanz. Die ausgefallenen Haare ersetzen sich nach einigen Monaten durch neue. Was die Behandlung dieses Symptoms der Syphilis anlangt, so nützen äusserliche Mittel gar nichts. Dagegen leisten die Quecksilberpräparate ganz vorzügliche Dienste, anstatt, wie man geglaubt hat, den Haarverlust zu bedingen.

Fournier unterscheidet ferner zwei Formen von Alopecia areata. Bei der ersten macht sich eine kahle Stelle bemerkbar, welche im Verlaufe von 8—14 Tagen excentrisch so weit vorschreitet, dass sie die Grösse eines Thalerstückes und selbst einer Vola manus erreicht. Kommen mehrere solche Stellen vor, so nehmen dieselben, wenn sie sich berühren, eine ovale Gestalt an. Viel seltener dagegen findet der Haarschwund in der Weise statt, dass sich längere, schmale kahle Streifen bilden.

Auf 6 derartige Krankheitsfälle kommen (Lailler) 5 vollständige Genesungen. Obgleich die Affection kein Lebensalter und kein Geschlecht verschont, so befällt sie doch mit Vorliebe jüngere Individuen.

Verf. glaubt nicht, dass ein Pilz die Ursache der Alopecia ar. sei, vielmehr sei eine Innervationsstörung die nächste Ursache. Hierfür sprechende Momente seien namentlich der rasche Eintritt, sowie das ebenso geartete Ende dieser Form von Alopecia, eine Erscheinung, welche bekanntlich den Neuralgien zukommt, ferner die grosse Disposition der mit neuropathischer Anlage behafteten Individuen zu der in Rede stehenden Haarkrankheit, das nicht seltene Vorkommen von durch vasomotorische Störungen verursachten anämischen Hautstellen, endlich der Umstand, dass gewisse Nervenleiden, selbst schon Gemüthsaffecte ein Ausgehen der Haare zur Folge haben. Auch die mikroskopische Untersuchung weist eine Atrophie des Haares und seines Bulbus nach.

Verf. empfiehlt, die kahlen Stellen und deren nächste Umgebung alle 3—4 Tage zu rasiren und dann irgend eine die Haut reizende Flüssigkeit einzureiben. In hartnäckigen Fällen empfiehlt er das von Vidal angegebene Verfahren (siehe oben).

44. **Rouquayrol.** Ueber die Behandlung der Tinea tonsurans. (Thèse de Paris 1879.)

45. **Alder Smith.** Ueber disseminirten Ringworm (Herpes tonsurans). (Lancet 10, 24, 31. Jänner 1880.)

46. **Cottle.** Derselbe Gegenstand. (Ebenda 27. März 1880.)

47. **Jamieson.** Sykosis parasitaria. (Lancet II. 11, 1879. — Allg. med. Central-Ztg. Nr. 28, 1880.)

Zur Behandlung des Herpes tonsurans empfiehlt Rouquayrol (**44**) die Anwendung des Crotonöls nach Ladreit de Lacharrière (s. d. Vierteljahrschr. 1877 pag. 284) und Cadet de Gassicourt. Die Einreibung besteht aus einer Mischung von Cacaobutter, weissem Wachs und 50 % Crotonöl. Die durchschnittliche Behandlungsdauer war in den Fällen der Autoren 3 Monate. Unmittelbar nach der Application entsteht ein Bläscheneczem mit Schwellung der Kopfhaut. (Medicina crudelis. A.)

A. Smith beschreibt eine disseminirte Variation des Herpes tonsurans (**45**) mit zahlreichen, vielleicht nach Plaques zurückgebliebenen Pilzwucherungen in den Haarscheiden unter einer oft reichlichen Behaarung (? A.). Verf. besteht darauf, dass auch wenn in grösseren Haaren keine Pilze mehr sich finden, deren Vegetation in kurzen Haarstümpfchen noch fortdauern könne. Was die Behandlung betrifft, empfiehlt der Verf. eine Mischung von Glycerin und Carbolsäure (3, 2 oder 1 : 1) — selbst mehrere Male täglich. In mehr chronischen Fällen ist Quecksilberoleat (5—10 %) und in frischen Fällen der gewöhnlichen Form eine Salbe von Carbolsäure, Ung. citrinum und Schwefelsalbe zu gleichen Theilen von Nutzen, bisweilen auch die Coster'sche Paste (1 Theil Jod, 2 Theile Ol. cadinum) oder Essigsäure local. Dagegen spricht er sich gegen die Chrysophansäure aus. Wenn alles versagt, jedoch die Affection localisirt verblieben ist, bringt der Verf. durch Crotonöl oder Autenrieth'sche Salbe oder eine Chlorantimonpaste ein künstliches Kerion hervor (! A.), welches dann mit Umschlägen und Epilation heilt. Tonica und Luftveränderung bilden den Schlussstein des grossen therapeutischen Bauwerkes.

Cottle (**46**) schliesst sich im Ganzen diesen Anschauungen an. Er wendet mit Vorliebe Salicylsäure in Alkohol gelöst (1 : 16) 3 Mal täglich bei frischen Fällen an. In hartnäckigeren Fällen touchirt er einzelne Stellen mit Phenyl- oder Essigsäure. In chronischen Fällen Crotonliniment (Ph. Angl.), ohne jedoch tiefergreifende Entzündung wie Smith hervorrufen zu wollen.

Die in England und Deutschland seltene, in Frankreich häufiger vorkommende Sykosis parasitaria wurde von Jamieson (**47**) in letzter Zeit zu wiederholten Malen in Schottland beobachtet. Die Fälle waren folgende:

Fall I. Ein Mann von 24 Jahren mit vollem Kopfhaar, Schnurr- und Backenbart, hatte sich in Peebles, wo viele Kinder am Kopfgrinde litten, bei einem Barbier rasiren lassen. Einige Wochen darauf fühlte er Jucken am Kinn und bemerkte daselbst röthliche Knötchen, welche sich nach und nach vermehrten. Es gelangte bald darauf zu seiner Kenntniss, dass noch andere, von demselben Barbier rasirte Herren von derselben Affection befallen waren; ungewiss blieb jedoch, ob der Barbier sein Messer bei den hautkranken Patienten schon angewendet hatte. Am Kinn sah Verf. hie und da rothe Flecken, untermischt mit weissen, kleieartigen Schuppen und kleinen Pusteln, durch welche Haare hindurchtraten. Nach Anwendung von Essigsäure wurden die Barthaare ausgezogen und in Kalilauge erweicht. Bei mikroskopischer Untersuchung fanden sich Mycelien von Trichophyton tonsurans vor, die sich frei auf dem Haar bis zur Haarwurzel hinab verzweigten. — Dieser leichte Fall gelangte dadurch zur Heilung, dass täglich das Kinn rasirt, dann mit verdünnter Schwefelsäure gewaschen wurde. Die darauf erfolgte Hautanschwellung verlor sich nach Kataplasmen, so wie Anwendung von Zinksalbe, und es trat dann vollkommene Genesung ein.

In einem 2. Fall war ein Mann von einem Barbier am Kinn geschnitten worden, und hatten sich von dieser Stelle aus die Bartfinnen entwickelt, vermuthlich, da der Barbier ein Stück Watte auf die Wundfläche gelegt hatte. Ausziehen der Haare, in denen sich gleichfalls Mycelien von Trichophyton tonsurans vorfanden, sowie Anwendung von Hebra'scher Salbe brachte auch diesen Fall zur Heilung.

Der 3. Fall wurde auch durch Barbieren veranlasst. Kurz nach dem Rasiren bemerkte ein 24jähriger Mann, dessen Haut bisher ganz gesund war, ein Jucken am Kinn, eine Entzündung der Haut, Bläschenbildung, Abschuppung. Der Barbier versicherte, keinen Hautkranken rasirt zu haben, und der Kranke, dass kein Hund in seiner Umgebung sich befand. Mit der Zeit bildeten sich eiterhaltige Pusteln, die Haare fielen theilweise aus und enthielten zahlreiche Mycelien von Trichophyton, theilweise wurden sie entfernt, darauf eine Salbe von Vaselin und thymolsaurem Blei angewendet, worauf Genesung sich einstellte.

Je kürzer das Barthaar gehalten, je strenger auf Epilation und Reinlichkeit gesehen wird, desto milder tritt das Leiden auf und desto schneller heilt dasselbe. Sonst wird es hartnäckig und bereitet dem

Kranken viel Unbequemlichkeit. Als Entstehungsursache bezeichnet Verf. nicht die Ansteckung durch Thiere, sondern die Pinsel der Barbiere, welche selten gereinigt werden und mittelst der Seife die Sporen der Parasiten weiter verpflanzen, während die Rasirmesser zur Verbreitung der Krankheit keineswegs beitragen. (Diese Ansicht hat Ref. früher schon ausgesprochen. A.)

Syphilis.

1. **Grünfeld.** Weitere Beiträge zur endoskopischen Untersuchung des Samenhügels. (Wiener med. Blätter, Nr. 10, 11, 12 und 13, 1880.)
2. **Weinberg.** Beitrag zur endoskopischen Untersuchung der Harnröhre. (Wiener med. Bl. Nr. 5, 1880.)
3. **Oberlaender.** Die Nitze-Leiter'schen urethro- und cystoscopischen Instrumente und ihre Anwendungsweise. (Berliner klin. Wochensch. Nr. 48, 1879.)
4. **Thompson.** Vorlesung über die Diagnose chirurgischer Erkrankungen der Harnorgane besonders in Bezug auf den Gebrauch des Nitze-Leiter'schen Endoskops. (Lancet Bd. II. Nr. 23, 1879.)
5. **Dittel.** Berichtigung in Angelegenheit des Nitze-Leiter-schen endoskopischen Apparates. (Wiener med. Wochensch. Nr. 46, 1879.)
6. **Auspitz.** Desgleichen, ebenda Nr. 47, 1879.
7. **Leiter.** Beschreibung und Instruction zur Handhabung der von Dr. M. Nitze und J. Leiter construirten Instrumente und Apparate zur directen Beleuchtung menschlicher Körperhöhlen durch elektrisches Glühlicht. (Wien 1880.)

Grünfeld veröffentlicht (**1**) weitere Angaben über die endoskopische Aufsuchung des Samenhügels. Dieselben enthalten im Wesentlichen dieselben Ausführungen, welche wir in dieser Vierteljahrsschrift (pag. 413, 2. und 3. Heft, 1878) auszugsweise wiedergegeben haben. Aus dem vorliegenden Aufsatze heben wir nur hervor, dass der Verf. angibt, den Samenhügel bei der Untersuchung von

vorn nach rückwärts mit einem geraden Tubus von grösserem Caliber (Hartkautschuk ohne Conductor) leichter als mit metallischen und gekrümmten Tuben einstellen zu können (was die ohnedies längst erkannte Unzweckmässigkeit und Ueberflüssigkeit aller gekrümmten Grünfeld'schen Endoskope neuerdings beleuchtet. A.).

Ueber die pathologischen Verhältnisse des Colliculus seminalis und seiner Umgebung gibt der Verf. an, dass Abweichungen in der geschilderten Beschaffenheit der Oberfläche des Colliculus seminalis den Ausdruck einer Erkrankung im Samenapparate bilden. So finde man in einzelnen Fällen den Colliculus in seiner ganzen Ausdehnung dunkelroth, sogar blauroth, also von derart saturirter Farbe, dass die sonst dunklere Schleimhaut der oberen Harnröhrenwand im Vergleiche zum Colliculus lichter gefärbt erscheint. Dass unter solchen Umständen die Oberfläche prall gespannt wird, sei wohl begreiflich. Ein solches Krankheitsbild fand er wiederholt bei profusen Spermatorrhoen, bei Pollutionen oder Abgang von Samen bei Defäcation etc. Ob diese Veränderung von der Urethra selbst ihren Ausgangspunkt nahm, oder ob selbe secundär nach einer Erkrankung der Samenbläschen auftrat, lasse sich vorläufig nicht entscheiden. Immerhin mag der mit dem Endoskop constatirte hyperämische oder katarrhalisch - entzündliche Zustand auf die subjectiven Erscheinungen nicht ohne Einfluss sein.

Was die Besichtigung des Ductus prostaticus betrifft, scheint dieselbe dem Verf. nicht gelungen zu sein, sicherlich nicht ihre Sondirung. Viel leichter dagegen erscheint dem Verf. die Wahrnehmung der Mündungen der Ductus ejaculat. An jener centralen, durch Locomotion des Tubus leicht eruirbaren Stelle, wo die Mündung der Ausführungsgänge der Samenbläschen sitzt, hat nämlich der Samenhügel eine unregelmässig höckerige Oberfläche, die durch das Auftreten einer grossen Anzahl regellos angeordneter, nicht in einem Niveau gelegener Reflexfiguren (Pünktchen, Ringe, Flächen etc.) sich bemerkbar macht. Bei einem mit dem unteren Tubusrande ausgeübten entsprechenden Drucke können die Mündungen auch klaffend gemacht und in dieser Form beobachtet werden, eine Erscheinung, die einige Mal zufällig auftrat, deren Darstellung aber in anderen Fällen constant misslang. Dass der Untersuchende es bei einem so beschaffenen endoskopischen Bilde thatsächlich mit einem Sinus oder der Mündung eines Canals zu thun hatte, erwies die versuchsweise und „mit nothwendiger Schonung ausgeführte“ Einführung einer Sonde, die auf etwa

3 Millimeter sich vorschieben liess. Der Vf. fügt hinzu, dass „begreiflicherweise die Erfahrung über den eventuellen Effect eines derartigen Experiments fehlt, weshalb dieses nur behufs Constatirung der factisch erfolgten Wahrnehmung der Mündungen geübt wurde. Eine Schonung dieser Theile war um so dringender, als die diesfällige Untersuchung zumeist Individuen betraf, die mit der Erkrankung des Samenapparates behaftet waren.“

Eine Bestätigung der richtigen Deutung der von dem Verf. in dem tieferen Theile der Harnröhre beobachteten endoskopischen Bilder fand er bei der Untersuchung an der Leiche, welche jedoch trotz vielfacher Versuche erst dann gelang, als die jedesmalige Einstellung jenes Sehobjectes am Lebenden ohne Schwierigkeit effectuirt werden konnte.

Ein neues Instrumentarium für die endoskopische Untersuchung der Harnröhre hat Weinberg (2) bekannt gemacht. Es enthält einfache gerade Endoskope verschiedenen Kalibers aus Hartkautschuk ohne Conductoren und einige aus demselben Material angefertigte „Dilatatorien“.

Was zuerst die Endoskope betrifft, sind sie gerade Instrumente mit grossem Trichter, mit gerade abgeschnittenem Visceralende ohne die Steurer'sche Scheibe und ohne Conductor. Der Erfinder behauptet, dass ihre Einführung trotz des fehlenden Conductors von vorn nach hinten ohne die geringste Schwierigkeit, ohne Blutung u. s. w. erfolge, während dagegen bei allen aus Metall angefertigten Endoskopen angeblich trotz grösster Uebung und zartester und aufmerksamster Handhabung derselben leicht Verletzungen und daher auch leicht Blutungen der Harnröhrenschleimhaut herbeigeführt werden sollen.

Das Dilatatorium ist ein abgerundeter, sich nach unten verjüngender 4 Ctm. langer Hartkautschuk-Stift mit einer $2^1/_2$ Ctm. grossen Scheibe am oberen Rande. Es hat den Zweck, vor Einführung des Spiegels ein verengtes Orificium auszudehnen, was angeblich mit drei Kalibern (12—16, 16—20 und 20—24 der Filière von Charrière) jedesmal gelingen soll.

Zum Reinigen der Harnröhre endlich benützt der Vf. 20—25 Ctm. lange, dünne, abgerundete Holzstäbchen, deren Enden mit Bruns'scher Watte umwickelt werden.

Ueber diese „neuen“ Instrumente hat Ref. Folgendes zu bemerken:

1. Alles, was der Vf. über die Verletzungen u. dgl. bei Anwendung metallischer Tuben mit Conductor und Scheibe nach Steurer oder Auspitz behauptet, ist unrichtig. Wer damit umgehen kann, verletzt nie die Harnröhrenschleimhaut.

2. Gegen das Einführen von Endoskopen aus Hartkautschuk, wenn sie gut verfertigt sind, anstatt der metallischen ist nichts einzuwenden. Wohl aber muss darauf hingewiesen werden, dass dadurch

3. auf den Gewinn verzichtet wird, welcher aus innen polirten, hellen Tuben für die Lichtstärke resultirt, wie dies Ref. seiner Zeit demonstrirt hat.

4. Das Einführen solcher Tuben ohne Conductor ist ebenso wie das Untersuchen von vorn nach rückwärts unter allen Umständen zu verwerfen, weil es stets unnütz ist, aber möglicher Weise gefährlich werden kann. Die Begründung für diese Behauptung ist für jeden Endoskopiker, der mit solchen Tuben ohne Conductor Versuche angestellt hat, vollkommen überflüssig. Ref. zweifelt auch gar nicht daran, dass der Erfinder selbst heute schon seine Hartkautschuk-Tuben stets mit Conductoren armirt.

5. Die „Dilatatorien" sind ganz überflüssig, weil man eine geringe Erweiterung vor Einführung des Tubus durch die Olive des früher herausgenommenen Conductors bewerkstelligen kann, freilich nur eine sehr geringfügige Dilatation, aber gerade so viel oder so wenig als durch die ganz überflüssigen und werthlosen „Dilatatorien" verschiedenen Kalibers nach Weinberg.

6. Die Holztampons sind für die Pars pendula urethrae ganz gut verwendbar; es muss aber erfahrungsgemäss von ihrer Verwendung bei Untersuchungen der Pars membranacea und prostatica abgerathen werden, da die Holzstäbe leicht abbrechen und die Tampons in der Harnröhre bleiben, und vor Fortsetzung der Untersuchung herausbefördert werden müssen.

Die Nitze-Leiter'schen Apparate zur Untersuchung von Körperhöhlen, über deren Construction wir (d. Vtljhrschr. 2. u. 3. Heft pag. 407, 1879) berichtet haben, sind noch immer Gegenstand der Prüfung und der widersprechendsten Urtheile. In diesen Blättern ist eine ausführliche Schilderung dieser interessanten Apparate nach der Darstellung des Erfinders selbst gegeben worden. Eine wesentliche Ergänzung in Bezug auf die constructiven Details und die seither

hinzugekommenen neuen Vorrichtungen gibt die vom Mechaniker Leiter veröffentlichte, mit zahlreichen Illustrationen versehene Beschreibung (7). Für unser specielles Fach sind jedoch in erster Reihe die Urethroskope von Belang, und sie waren es ausschliesslich, über deren Brauchbarkeit im oben erwähnten Referate ein ungünstiges Urtheil abgegeben werden musste. Dieses Referat hat nun zu allerlei polemischen Schriften (3, 5, 6) Anlass gegeben, auf welche hier nicht näher eingegangen werden soll. Nur muss gegenüber der Aeusserung eines Referenten des chir. Centralbl. (Nr. 16, 1880) die Bemerkung gemacht werden, dass die von ihm in geheimnissvollem Tone angedeuteten „inneren Gründe angeblicher Wiener Verhältnisse", welche die Polemik insbesondere zwischen Dittel einerseits und Auspitz andererseits verschuldet haben sollen, für die wissenschaftliche Meinung dieser Vierteljahrschrift ebensowenig existiren, als eine Berechtigung des Referenten des chirurg. Centralblattes zu einer etwa die Unbefangenheit unseres Fachblattes verdächtigenden Aeusserung.

Was die Sache selbst aber betrifft, muss hier hervorgehoben werden, dass die Einwürfe, welche an dieser Stelle und in der darauf gefolgten Polemik gegen das elektro-hydratische Verfahren bei der Urethroskopie erhoben wurden, bisher nicht widerlegt worden sind. Zwei Bemerkungen muss der Ref. im Gegentheil hinzufügen oder stärker betonen:

1. Ausser allen anderen an dieser Stelle früher angeführten Momenten ist hervorzuheben, dass ein Reinigen des Gesichtsfeldes, wie dies bei der endoskopischen Urethraluntersuchung in sehr kurzen Zwischenräumen unbedingt erforderlich ist, bei dem Nitze'schen Urethroskop nicht etwa schwierig, sondern in der erforderlichen Weise geradezu unausführbar ist.

2. Dass die Urethroskopie in der Regel nicht zum Zweck haben kann, Harnröhrenpolypen oder etwa das Caput gallinaginis zu demonstriren — sondern dass ihr Hauptwerth in der Möglichkeit systematischer Prüfung der Schleimhautoberfläche in der ganzen Harnröhre — insbesondere in Bezug auf chronische Schwellungen und beginnende Hypertrophien (weiche Stricturen, als Vorstadium der narbigen) gelegen sein müsse.

Von diesem Standpunkte aus muss weiter behauptet werden, dass eine Untersuchung mit directem grellem elektrischem Lichte, wie bei Nitze, der Beobachtung im reflectirten Lichte, womit das Studium

der sich bildenden Lichtreflexe nothwendig verbunden ist, entschieden das Feld räumen muss. Die Gründe hiefür ergeben sich jedem Untersucher, der Gelegenheit hatte, die Sache ernst und lange genug zu betreiben, von selbst; wer anders urtheilt — für die Urethralschleimhaut, nicht für die Blase — der wird nachträglich sicher in die Lage kommen, sein früheres Urtheil cassiren zu müssen. Was Sir Henry Thompson (4) betrifft, so geht dessen Meinung dahin, dass bei aller Bewunderung für die technischen Vorzüge der Apparate und bei dem Zugeständniss der Nützlichkeit des Kystokops für gewisse Blasenaffectionen der Werth des elektrischen Urethroskops gleich Null sei. A.)

8. **Reliquet.** Ueber Samenkolik. (Gaz. des Hôp. 112, 115. 1879.)
9. **Emil Neumann.** Heilung der Spermatorrhöe durch den constanten Strom. (Gaz. de Par. 34. 1879.)
10. **Haslund.** Gonorrhoischer Rheumatismus und Pyarthrus gonorrhoicus. (Ugeskr. f. Läger 4. R. I. 1. 2. 1880. — Schmidt's Jahrb., Bd. 185, Nr. 1, 1880.)

Reliquet (8) hat schon im J. 1874 einen Fall von Samenkolik veröffentlicht (siehe diese Vierteljahrsschrift, pag. 506, 1876). Nun fügt er zwei weitere Fälle hinzu:

1. Ein Mann von 55 Jahren litt seit 6 Jahren derart an Harnbeschwerden, dass er unter den grössten Schmerzen wenigstens alle Stunden uriniren musste. Da diese sich auch bei dem Coitus geltend machten, so wurde sogleich von jedem geschlechtlichen Verkehre Abstand genommen. Im September 1873 erschien plötzlich nach sehr angestrengtem Gehen ein äusserst heftiger Harndrang und bei Befriedigung desselben ein Ausfluss einer wie Same aussehenden Flüssigkeit aus der Harnröhre mit darauf folgendem, aber bald wieder nachlassendem Schmerze in derselben. Endlich kam es zwei Jahre später zu zeitweiliger Hämaturie und damit zu, vom After nach der Glans penis ausstrahlenden, andauernden Schmerzen, welche noch zugegen waren, als, nachdem die verschiedensten Aerzte resultatlos um Rath gefragt worden waren, der Kranke am 15. August 1878 die Hilfe des Verfassers in Anspruch nahm.

Bei der Untersuchung ergab sich vermittelst einer in die Blase geführten dicken Bougie eine sehr beträchtliche Erhebung der unteren

Hälfte des Collum vesicae über das Trigonum Lieutaudii und vermittelst des in das Rectum gebrachten rechten Zeigefingers eine deutlich wahrnehmbare Vergrösserung des rechten Samenbläschens, welches, mit dem Finger gegen die Bougie gedrückt, weicher und kleiner wurde. Ausserdem hafteten an letzterer, nachdem sie aus der Blase gezogen worden war, halb weiche, weissliche Massen. Kataplasmen auf den Unterleib, Abends zuerst ein ausleerendes und hierauf ein aus 1 Grm. Chloralhydrat und 100 Grm. Wasser bereitetes Klystier.

Die an der ausgezogenen Bougié haftenden Massen erwiesen sich als kleine Conglomerate von Spermatozoen und eingedicktem Schleim.

Es konnte sonach nicht zweifelhaft sein, dass es sich um eine dadurch bedingte Verstopfung des rechten Ductus ejaculatorius (der Fall vom Jahre 1874 hatte den linken betroffen. A.), Retention des Sperma in dem gleichseitigen Samenbläschen und Ausdehnung desselben handelte.

Am 16. August war zwar die Harnentleerung noch eben so häufig als früher, jedoch nicht mehr so schmerzhaft.

In der Nacht vom 16. auf den 17. August trat, nachdem der Kranke zum ersten Male seit langer Zeit 4 Stunden hintereinander geschlafen hatte, complete Harnverhaltung auf, weshalb der Katheter applicirt werden musste. Darauf konnte Verf. 300 Grm. lauwarmes Wasser in die Blase spritzen, ein Zeichen, dass sich dieselbe schon bedeutend erweitert hatte, da sie vor zwei Tagen nur 80 Grm. zu fassen vermochte. Am folgenden Tage ging die Urinentleerung zwar wieder auf natürlichem Wege, jedoch ungenügend von Statten, weshalb nach jeder Harnentleerung der Katheter applicirt wurde. Dieses Verfahren, wobei sich noch je 250 Grm. Urin entleerten, gewährte den Vortheil, dass erst nach 4 Stunden sich das Bedürfniss zum Harnlassen einstellte, während dies stündlich geschah ohne Einführung des Instruments in die Blase.

Am 20. August bestand die Verordnung in reichlichem Trinken kalt bereiteten Leinsamenthees. Da an diesem Tage am Ende einer jeden Harnentleerung grössere Mengen der aus Samenfäden und eingedicktem Schleim bestehenden Massen aus der Urethra abgingen, so wurde am 21. August wieder zur Untersuchung geschritten und dabei dasselbe Phänomen beim Druck mit dem Finger auf das rechte Samenbläschen, welches eine beträchtliche Verkleinerung erfahren hatte, wahrgenommen.

Am 27. August kehrten Dysurie und Strangurie wieder, jedenfalls in Folge eingetretener Stuhlverstopfung. Dabei enthielt der Urin viel Schleim. Zwei Gläser Bitterwasser, mit reichlichem Getränk genommen, beschwichtigten die Reizbarkeit der Blase.

Bei der am 29. August vorgenommenen Untersuchung zeigte sich das genannte Samenbläschen von normaler Grösse und brachte Fingerdruck auf dasselbe normalen Samen am Orificium urethrae externum zum Vorschein. Desgleichen war beim Coitus kein Schmerz mehr aufgetreten, dagegen blieb der Zustand der Harnblase derselbe, d. h. nach Katheterismus stellte sich das Bedürfniss zu uriniren alle 4 Stunden, ohne jenen stündlich, immer aber ohne Schmerzen ein. Derselbe Zustand war noch am 1. November vorhanden.

Nach der Ansicht des Verf. soll in diesem Falle durch die längere Zeit hindurch vermehrten Contractionen der Urethra dieselbe höher als das Trigonum Lieutaudii der Blase gestellt und dadurch eine vollständige Entleerung derselben unmöglich geworden sein (? A.). Da eine frühere Tripperinfection entschieden in Abrede gestellt wurde, sucht der Verf. die Veranlassung in der lange Zeit hindurch geübten Abstinenz vom Coitus (? A.).

2. Der folgende Fall lehrt nach dem Verf., dass starke Anfüllung der Samenbläschen mit ganz normalem Sperma Harnbeschwerden hervorrufen kann. Ein Mann von 50 Jahren, der sich stets einer vorzüglichen Gesundheit erfreute und dabei ein sehr üppiges Leben führte, klagte seit einiger Zeit über Dysurie, welche auch wohl zuweilen in zeitweise Strangurie ausartete. Auf Befragen theilte derselbe mit, dass er erst, nachdem der frühere regelmässige Geschlechtsverkehr seit zwei Jahren von ihm abgebrochen, von jenem Uebel heimgesucht sei, welches sich nach einer unfreiwilligen Samenergiessung auf 2—3 Tage bessere, sonst aber immer dasselbe bleibe.

Eine Untersuchung durch den Mastdarm ergab nur eine mässige Vergrösserung der nicht hart anzufühlenden Samenbläschen, aus denen der Fingerdruck am Orificium urethrae externum eine Flüssigkeit zum Vorschein brachte, welche sich, mit dem Mikroskop betrachtet, als ganz normales Sperma auswies.

In Rücksicht auf diesen Befund, sowie darauf, dass niemals Urethritis zugegen gewesen war, rieth Verf. einen regelmässigen geschlechtlichen Umgang an, worauf alsbald alle Störungen der Harnentleerung verschwanden.

Dieser Zustand, nach Verf. das erste Stadium der Samenkolik, befällt besonders häufig Männer, welche mit der Absicht umgehen, sich zu verheirathen, oder welche aus besonderen Gründen zum Cölibat verurtheilt sind. Im ersteren Falle zeigen sich ausser den Harnbeschwerden auch noch die Erscheinungen der sogenannten genitalen Hypochondrie, im letzteren aber treten viel schwerere Erkrankungen des Nervensystems hinzu.

Was schliesslich die Behandlung der Samenkolik betrifft, hebt der Verf. nochmals hervor, dass in leichteren Fällen für ein regelmässiges Functioniren der Geschlechtsorgane zu sorgen ist. Kommt aber eine wirkliche Obturation eines (oder beider) Samen-Ausspritzungsganges in Frage, so muss derselbe wieder wegsam gemacht werden, was Verf. dadurch zu bewerkstelligen sucht, dass er mit dem in das Rectum gebrachten rechten Zeigefinger den betreffenden Ductus ejaculatorius gegen eine dicke in der Urethra und Blase liegende Sonde andrückt. Im Uebrigen ist die symptomatische Behandlung durchzuführen.

Ueber folgenden Fall von Spermatorrhoe berichtet E. Neumann (9): Ein 30 Jahre alter Mann consultirte am 25. Nov. 1878 den Verf. wegen einer Spermatorrhöe, an welcher er seit ungefähr einem Jahre litt und welche, anfangs unbedeutend, bald dergestalt zunahm, dass sich die Samenergiessungen mehrere Male in der Nacht, am Tage bei der Defäcation und der Harnentleerung, ja zuweilen selbst bei der leisesten Berührung der Glans penis unter beständiger Abnahme der Erectionen und des Wollustkitzels einstellten. Der blasse und abgemagerte Kranke klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Gesichtsstörungen, Verdauungsbeschwerden und grosse Empfindlichkeit gegen das Licht. Als Ursache war Onanie zu betrachten.

Nachdem Kalium bromatum, Valeriana, Secale cornutum, sowie eine Kaltwasserkur erfolglos gebraucht worden waren, brachte Vf. den constanten Strom in der Weise in Anwendung, dass er täglich während 3—4 Min. den negativen Pol auf die Regio sacro-lumbalis und den positiven auf das Perinäum applicirte. Nach Verlauf von 3 Wochen hatten die Samenverluste am Tage aufgehört und nach eben so langer Zeit waren auch die nächtlichen bedeutend seltener geworden, weshalb von da ab nur 3 Sitzungen wöchentlich stattfanden. In den nächsten 18 Tagen erfolgte nur noch eine Pollution und nachdem der galva-

nische Strom im Ganzen 68mal applicirt worden war, hatte sich das Uebel ganz verloren.

Haslund berichtet (**10**) über 3 Fälle von Pyarthrus gonorrhoicus, die er als Reservearzt in der 4. Abtheilung des Communehospitals zu Kopenhagen zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, und einen aus der 5. Abtheilung desselben Krankenhauses:

1. Ein 23 Jahre alter Knecht, der am 29. November 1875 aufgenommen wurde, hatte sich einen Tripper zugezogen mit kleinen indolenten Drüsengeschwülsten in den Leisten. Nach Injectionen, anfangs mit Argentum nitricum, später mit Zinc. sulph. hörte der eiterige Ausfluss binnen 3 Wochen auf, aber fliegende Schmerzen stellten sich in den Gliedern ein, die sich im Knie localisirten. Dabei war Fieber (Anfangs mit Temperatur von 38—39, später bis 40°) vorhanden und in dem angeschwollenen Knie liess sich Erguss nachweisen. Die Schmerzen im Knie wurden durch Vesicatore nur vorübergehend gemildert. Am 27. December (10 Tage nach dem Auftreten der Knieaffection) stieg die Temperatur auf 40°, Schmerzen in der ganzen rechten Unterextremität und Oedem vom Knie abwärts stellten sich ein; längs der V. poplitaea bestanden Empfindlichkeit und fühlbare Härte, 2 Tage später bestand auch Empfindlichkeit bei Druck längs der Vena femoralis über dem M. sartorius, die indessen nach einigen Tagen wieder abnahm. Als der Kranke am 3. Januar 1876 auf die chirurgische Abtheilung verlegt wurde, fand man, dass die Geschwulst die Kapsel einnahm, die stark gespannt war, mit Fluctuation zu beiden Seiten der Patella. Das Knie wurde gebeugt gehalten und konnte weder activ, noch passiv vollständig gestreckt werden, auch die Flexion war behindert, jede Bewegung war sehr schmerzhaft und besonders unter der Patella bestand starke Empfindlichkeit. Nach einer Probepunction unter antiseptischen Cautelen floss synoviaähnliche, coagulirende Flüssigkeit mit gelben Eiterflocken aus. Am 5. Januar wurden 2 seitliche Incisionen gemacht, die Kapsel fühlte sich an ihrer inneren Fläche glatt an, eine Affection des Knochens wurde nicht wahrgenommen. Am 12. Januar fand sich die Kapsel nach oben zu durchbrochen; nach Incision am untern Drittel des Schenkels nach innen zu floss Eiter aus. Am 22. Januar war der Eiter etwas übelriechend, durch die obersten Incisionsöffnungen fühlte man blossgelegten Knochen. Nun wurde die Amputation des Oberschenkels ausgeführt.

Die Genesung ging langsam von Statten, aber schliesslich erfolgte vollständige Heilung und der Operirte konnte bei guter Gesundheit und mit einem vollständig guten Amputationsstumpf entlassen werden. Bei Untersuchung des Knies nach der Amputation fand sich Eitersenkung, Abstossung von Knorpel und Usur der Gelenkenden, am unteren Viertel des Oberschenkels war stellenweise das Periost abgestossen und der Knochen rauh.

Phlebitis als Localisation oder Manifestation des gonorrhoischen Rheumatismus ist eine ziemlich seltene Affection; in dem mitgetheilten Falle begann die Entzündung gleich im Hauptstamme des Gliedes und zeigte Neigung, sich nach oben zu auszubreiten, während die kleineren Zweige nicht davon ergriffen gefunden wurden. Der Verlauf nach Einleitung der chirurgischen Behandlung scheint darauf hinzudeuten, dass es sich um mehr als einen gewöhnlichen Pyarthrus handelte.

2. Ein kräftiges Dienstmädchen von 21 Jahren hatte 3 Wochen vor ihrer am 2. August 1876 erfolgten Aufnahme Erysipel an beiden unteren Extremitäten bekommen und während des Verlaufes bildeten sich in beiden Leisten einige grössere Drüsengeschwülste, welche empfindlich wurden; dazu kam starker Ausfluss aus der Vagina. Die grösste Geschwulst, die sich in der rechten Leiste befand, war gespannt, etwas heiss und pastös anzufühlen, aber nirgends zeigte sie deutliche Fluctuation. An der Commissura posterior fanden sich mehrere unreine Geschwüre; an beiden Schienbeinen Abschürfungen; der Ausfluss aus der Vagina war schleimig-eiterig. Nach einer parenchymatösen Injection von Carbolsäurelösung in die grösste Drüsengeschwulst nahm die Empfindlichkeit derselben ab. Die Geschwüre an der hintern Commissur reinigten sich. Am 22. August begann die Kranke über Schmerzen in allen Extremitäten zu klagen, die sie theils in die Gelenke, theils in die Muskeln verlegte. Dabei bestand allgemeines Unwohlsein, Mangel an Esslust, Verstopfung; der Schlaf war gut, aber die Kranke schwitzte etwas, die Haut war nicht heiss. Am Schultergelenk und am Carpometacarpalgelenk des Daumens rechts bestand Empfindlichkeit gegen Druck, aber keine Geschwulst. Im Daumen nahm die Empfindlichkeit zu und bald zeigte sich auch Geschwulst an dem ergriffenen Gelenke und am Handgelenke; am letzteren schwand sie bald wieder, am ersteren blieb sie aber unverändert und dazu gesellten sich noch starke Schmerzen, die sich in den Vorderarm hinaufzogen, ohne dass sich indessen an demselben etwas Abnormes nachweisen

liess. Am 17. September fand man das 1. Carpometacarpalgelenk deutlich gelockert und Reiben der Gelenkflächen an einander. Der Schmerz liess nach, doch bestand die Geschwulst noch am 13. October und active und passive Bewegungen waren nur in geringer Ausdehnung möglich und schmerzhaft, abnorme Beweglichkeit in dem Gelenke oder Reiben der Gelenkflächen war aber nicht mehr vorhanden. Am 27. October waren Empfindlichkeit und Geschwulst fast verschwunden, aber die activen und passiven Bewegungen noch sehr eingeschränkt. Die Kranke wurde auf ihren Wunsch entlassen.

Dass in diesem Falle es sich ebenfalls um Pyarthrus handelte, kann nach den vorhandenen Symptomen kaum zweifelhaft erscheinen, wenn auch der Beweis durch die Punction fehlt. Die Beschaffenheit der Geschwulst und der Haut über derselben, der Schmerz, die Schlaffheit der Ligamente, das Reiben der Gelenkflächen gegen einander sprechen deutlich für das Vorhandensein einer purulenten Ansammlung, ebenso auch der weitere Verlauf bis zur Entlassung.

3. Ein 24 Jahre alter Seemann wurde am 1. September 1876 mit einem seit 4 Wochen bestehenden Tripper und einer durch periurethrale Infiltration bedingten Phlegmone im Perinäum aufgenommen. Die letztere breitete sich nach dem After zu aus, der reichliche purulente Ausfluss aus der Urethra bestand fort. Am 12. September hatte die vorher bedeutende Empfindlichkeit am Perinäum abgenommen, auch die Geschwulst nahm bald ab, dagegen stellte sich Geschwulst und Empfindlichkeit im rechten Handgelenk ein, mit Ansammlung im Gelenke; die Schmerzen waren sehr heftig und durch Morphiuminjectionen kaum zu beschwichtigen. Am 15. September war die Geschwulst stärker geworden und auch in der Vola manus Empfindlichkeit aufgetreten, am 19. September war auch das 1. Carpometacarpalgelenk empfindlich. Am 23. September war die Empfindlichkeit und Infiltration im Perinäum ganz geschwunden, die Schmerzen in der Hand waren zwar immer noch stark, nahmen aber im Laufe einiger Tage allmälig ab. Auch die Geschwulst nahm etwas ab, aber die Empfindlichkeit war noch sehr bedeutend, namentlich in den Carpometacarpalgelenken und im Handgelenke selbst, in dem man nun deutlich vermehrte Beweglichkeit und rauhes Reiben wahrnahm. Noch am 18. October hielt sich der Zustand unverändert, aber die Schmerzen hatten doch abgenommen. Von da an wurde der Kranke auf die chirurgische Abtheilung überführt, wo er mittelst Gypsverband, localer

Bäder und Massage behandelt wurde. Die Bewegungen in dem erkrankten Gelenke blieben auch noch nach der Entlassung sehr eingeschränkt. Das Fieber war nur mässig gewesen, nur einmal, am 29. September, hatte die Temperatur 39·7° C. erreicht.

Ob die Phlegmone im Perinäum ebenfalls als Manifestation der Infection zu betrachten ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden, H. ist aber geneigt, dies anzunehmen, weil die Gelenkaffection, die am 12. Tage nach der Aufnahme auftrat, sich nicht, wie in der Regel, unter den Erscheinungen des gonorrhoischen Rheumatismus zeigte, sondern ohne vorhergehendes Unwohlbefinden, ohne bedeutendes Fieber und ohne vorhergehende Schmerzen. Die Infiltration im Perinäum war vor der Aufnahme entstanden, als sich Pat. noch auf der Seereise befand, und die Angaben desselben über sein Allgemeinbefinden zu dieser Zeit waren sehr unbestimmt.

4. Der Fall, den Studsgaard an der 5. Abtheilung desselben Krankenhauses beobachtet hat, betraf einen am 20. Juli 1877 aufgenommenen Menschen von 19 Jahren, der sich 4 Wochen vor der Aufnahme einen Tripper zugezogen hatte; 14 Tage vor der Aufnahme trat Schmerz im linken Kniegelenk auf, mit rasch zunehmender bedeutender Schwellung. In den letzten Tagen vor der Aufnahme sollte der Ausfluss aufgehört haben. Die Bewegungen des bedeutend angeschwollenen Kniegelenks waren sehr eingeschränkt; der Pat. hielt es im rechten Winkel gebeugt und hatte keinen Schmerz bei ruhiger Lage; er klagte mitunter über Durst und Hitze, aber nicht über Kopfschmerz und rheumatische Schmerzen. Der Puls hatte 100 Schläge in der Minute, die Temperatur war am Tage nach der Aufnahme auf 39° gestiegen. Es wurde am 21. Juli die Punction des Knies ausgeführt und ein antiseptischer Verband angelegt. Nach der Punction flossen ungefähr 100 Grm. grünlicher, halb undurchsichtiger, flockiger Flüssigkeit aus, in der sich unter dem Mikroskope Eiterzellen zeigten. Nach der Punction nahmen die Schmerzen ab, aber bald steigerten sie sich wieder bedeutend und die Temperatur stieg: bei der Entfernung des Verbandes fand man die Punctionsöffnung verheilt, die Geschwulst wieder sehr bedeutend. Unter Chloroformnarkose des Kranken wurden am 24. Juli antiseptische Incisionen an der äussern und innern Seite des Gelenks gemacht, wobei sich eine grosse Menge seropurulenter Flüssigkeit entleerte. Darnach hörte der Schmerz auf und die Temperatur sank. Am 29. fand man beim Wechsel des Ver-

bandes nur unbedeutende Secretion, keine Ansammlung in der Gelenkkapsel, etwas Empfindlichkeit um die vordere Fläche der Tibiaepiphyse, keine Empfindlichkeit am Oberschenkel. Die Inguinaldrüsen waren in geringem Grade geschwollen, nicht empfindlich. Unter fortgesetzter antiseptischer Behandlung wurde allmälig fortschreitende Besserung erzielt, das Bein wurde ganz gut brauchbar, doch blieb eine geringe Einschränkung der Beweglichkeit zurück.

11. **Ray.** Nervenaffection durch angeborene Phimose. (The med. Herald. Louisville. Vol. I. Nr. 11. 1880. — Centralbl. f. Chir. Nr. 27.)

12. **Zarewicz.** Die Differentialdiagnose der venerischen Geschwüre an den Geschlechtstheilen — vom klinischen Standpunkte. (Przegląd lekarski, Nr. 16—24, 1879.)

13. **Protopopow.** Ein Fall eines harten Schankers an der Oberlippe. (Wratsch 1880, Nr. 8. — Centralb. f. Chir. Nr. 30, 1880.)

14. **Pisarewski.** Die niederen Organismen des harten Schankers. Aus dem pathol.-anatom. Institute des Prof. Krülow in Charkow. (Wratsch Nr. 18 u. 19, 1880. — Centralbl. f. Chirurgie Nr. 32, 1880.)

15. **Trägardh.** Ueber Bubonen, besonders die sogenannten virulenten. (Hosp.-Tidende 2. R. VI. 53. 1879. — Schmidt's Jahrb. 184. 2, 1879.)

16. **Otis.** Calciumsulfid gegen virulente Bubonen. (The New-York medic. Journ. 5. 1880.)

Ray (**11**) handelt über die sehr interessanten Reflexerscheinungen von Seite des Nervensystems bei schweren congenitalen Phimosen, anschliessend an einen von Sayre beschriebenen Fall, zu welchem derselbe von J. Marion Sims citirt wurde. Bei einem blassen und zarten Knaben von 5 Jahren, der weder gehen noch aufrecht stehen konnte, sollte wegen Contracturen beider Kniegelenke in Winkeln von 45° die Tenotomie der Kniekehlenmuskulatur gemacht werden. Sayre fand aber, dass er, sobald er die Aufmerksamkeit des Knaben ablenkte, dessen beide Beine ohne Anstrengung normal zu strecken im Stande war, diese jedoch beim Nachlassen des Zuges aus der gestreckten Lage sofort wieder in ihre alte Stellung zurückkehrten. Er diagnosticirte Paralyse und wandte Elektricität an. Dabei wurde

zufällig eine congenitale Phimose entdeckt von einer Empfindlichkeit, dass jede Berührung des Orificium urethrae zu Convulsionen führte. Die Circumcision wurde daher gemacht, und schon in den ersten Tagen nach derselben besserte sich der Zustand des Pat. ganz auffallend; derselbe vermochte bald seine Beine zu strecken, die anderen nervösen Erscheinungen schwanden, und in weniger als 5 Wochen war der Knabe absolut geheilt, der vorher mit allerhand Medicamenten, wie Chinin, Eisen und Strychnin erfolglos behandelt worden war. Es hatte eben der jetzt beseitigte periphere Reiz der engen congenitalen Phimose Schuld an den Reflexsymptomen von Seite des Nervenapparates gehabt. Der Verf. hat in anderen Fällen, aus derselben Ursache hervorgegangen, ganz das Bild der „Ataxie" mit Sprachstörungen, mit ausgesprochenem Strabismus, anderen Augenmuskelstörungen und temporärer Blindheit gesehen.

Der indurirte Schanker kommt nach Zarewics (**12**) am meisten unter der Form einer Excoriation oder eines Geschwüres und am seltensten unter der Form eines breiten Condyloms vor. Die Differentialdiagnose zwischen einer gewöhnlichen und einer syphilitischen Excoriation ist leicht, wenn die Basis der letzteren hart und die Inguinaldrüsen intumescirt sind. Da aber sowohl die Härte der Basis als auch die Intumescirung der Drüsen auch bei gewöhnlichen Excoriationen vorkommen kann, so ist die Diagnose manchmal erst nach längerer Observation zu stellen. Vulvitis und Balanoposthitis kann mit indurirtem Schanker verwechselt werden, und vorzüglich, wenn sie zu Excoriationen und Geschwüren Anlass geben. Sind die Geschwüre stärker entwickelt, so kann Verwechslung mit sogenanntem weichen Schanker vorkommen, besonders wenn die vergrösserten Inguinaldrüsen zugleich schmerzhaft sind beim Anfühlen. Der indurirte Schanker ruft jedoch manchmal Vulvitis und Balanoposthitis hervor, und die entzündlichen Symptome dieser Krankheiten können so hervorragend sein, dass das Aufsuchen der Sklerose fast unmöglich ist, und wenn daher die Drüsen entzündlich vergrössert sind, so fehlt jeder Verdacht auf Syphilis. Die Diagnose der Sklerose bei Vulvitis wird aber auch dann unmöglich, wenn die Drüsen gar nicht theilnehmen und die entzündlichen Symptome die Sklerose unkenntlich machen. Obwohl solche Fälle sehr ausnahmsweise vorkommen, so können sie doch zu grossen Irrthümern Anlass geben.

So lange bei Herpes progenialis Bläschen sich vorfinden, ist eine härtliche Excoriation, welche durch Zusammenfliessen der Bläschen entstand, mit einer Sklerose nicht zu verwechseln, — fehlen aber die Bläschen und ist die daraus entstandene Excoriation härtlich und die Drüsen vergrössert, so wird die Diagnose schwierig, — obwohl derselben oft die rundliche Form der Sklerose fehlt, weil die gruppenweise Anordnung der Bläschen zu buchtiger Excoriation Anlass gibt. Selten wird die Sklerose mit breiten Condylomen verwechselt, da bei diesen sehr oft die allgemeinen Symptome der Krankheit vorhanden sind. In Fällen, wo geschwürige Sklerose mit weichem Schanker verwechselt werden könnte, gibt die Inoculabilität des letzteren Aufschluss über die Natur des Geschwüres. Nach Inoculationen mit der Materie der harten Geschwüre entstehen auch Geschwüre, die aber nach Z. den weichen Geschwüren unähnlich sind und die nur auf syphilitischem Boden gelingen; Versuche, die der Verf. mit der Materie der harten Geschwüre auf Nichtsyphilitischen machte, waren angeblich ausnahmslos negativ. Wenn der Substanzverlust bei einfachen Excoriationen gross ist, so können dieselben, aus irgend welcher Ursache entstanden, mit weichen Geschwüren verwechselt werden. Die Qualität und Quantität des abgesonderten Eiters bei gewöhnlichen Geschwüren und bei weichen Schankern kann dieselbe sein, — der Bau der Geschwüre aber ist verschieden. Da die Ränder der Geschwüre bei weichen Schankern unterminirt sind und der Grund uneben und bei gewöhnlichen Geschwüren sowohl der Grund wie auch die Ränder glatt, so ist die Diagnose nicht schwer, welche durch längeren Verlauf und Inoculabilität der Schanker bestätigt wird. Die Drüsen werden bei Schankern fast immer vergrössert und bei Berührung schmerzhaft und können nach Aufbruch des Bubo sich in eiternde Schanker verwandeln.

Ausnahmsweise können eiternde Condylome mit weichen Geschwüren verwechselt werden. Die Infiltration solcher Geschwüre in der Umgebung, erhabene Ränder und ebene Basis unterscheiden geschwürige Condylome, wenn nicht gleichzeitig vorhandene, nicht zerfallene Condylome und andere Symptome der Syphilis vor Irrthum warnen. Z. beschreibt ferner die von Martin beschriebene Hypertrophie exulcérative des Muttermundes, die laut Angabe Martin's auch mit venerischen Geschwüren verwechselt werden kann, welche aber der Verfasser bis jetzt nicht gesehen hat. Am ähnlichsten den venerischen Geschwüren

sind zerfallene Tubercula syphilitica und vorzüglich, wenn diese an den Geschlechtstheilen sich befinden. Von weichen Geschwüren werden dieselben durch das Fehlen der entzündlichen Symptome und der Schmerzhaftigkeit unterschieden, bei Anwesenheit nicht zerfallener Tubercula ist die Diagnose leicht, welche durch die Anamnese bestätigt wird. Zuletzt bespricht der Verfasser die Aehnlichkeit des Epithelialkrebses mit venerischen Geschwüren und vorzüglich harten Schankern. Die langsame Entwickelung und der träge Verlauf des Krebses, das Fehlen der Intumescirung der Drüsen und Vorhandensein kleiner Knötchen, aus denen sich der Krebs entwickelt, das höhere Alter der Kranken und die negativen Resultate der äusseren Behandlung sind Momente, auf denen der Unterschied in der Diagnose beruht, die durch mikroskopische Untersuchung bestätigt werden kann.

Krowczynski.

Bei der Schwierigkeit, die sich bisweilen der Diagnose syphilitischer Geschwüre, namentlich bei widersprechender Anamnese, bietet, empfiehlt auch Protopopow (**13**) zur Feststellung der Diagnose die mikroskopische Untersuchung des Geschwüres. Nach der Angabe Cornil's (Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital de Lourcine, Paris 1879) ist für das syphilitische Geschwür eine Perivasculitis pathognomonisch, sich dadurch manifestirend, dass in dem Granulationsgewebe desselben, nach entsprechender Behandlung des Präparates, die Gefässdurchschnitte sich von runden und spindelförmigen Zellen umgeben zeigen. Diese Untersuchungsweise verhalf ihm zur Sicherstellung der Diagnose bei einem 24jähr. Kranken, dessen Lippe stark verdickt war, so dass sie die Unterlippe bedeckte, und in deren ganzer Ausdehnung sich ein scharfrandiges, prominirendes, hart anzufühlendes, höckeriges, mit einer graubraunen Kruste bedecktes Geschwür fand, in dem Pat. die heftigsten schiessenden Schmerzen empfand. Die Submaxillardrüsen waren geschwellt; intensive nächtliche Schmerzen in den Beinen. Pat. selbst drang auf operative Entfernung der Geschwulst. Die von Dubrowo vorgenommene mikroskopische Untersuchung derselben ergab aber unzweifelhaft Granulationsgewebe mit den charakteristischen Merkmalen des harten Schankers. Trotzdem der Kranke selbst jede Infection aufs bestimmteste in Abrede stellte, bestätigte sich die dennoch auf Syphilis gestellte Diagnose durch den weiteren Verlauf vollkommen; denn nicht nur traten nach kurzer Zeit Geschwüre im Rachen und auf

der linken Wangenschleimhaut auf, und entwickelte sich eine Schwellung der Inguinaldrüsen, wie Roseola auf der Brust, sondern das Geschwür selbst reinigte sich und heilte rasch unter localer Anwendung einer Lösung von Jodoform in Spiritus und Glycerin. (Die Diagnose des harten Schankers durch die Zellenanhäufungen um die Gefässe stammt nicht von Cornil her und ist überdies ganz unzuverlässig. Alle Zellenanhäufungen in der Haut treten perivasculär auf, ob nun Syphilis zu Grunde liege oder nicht. Was übrigens Cornil über die Anatomie der Initialsklerose und was dazu gehört, veröffentlichte, bestätigt im Wesentlichen nur theils die schon früher bekannten, theils die von Unna und dem Referenten neu publicirten Thatsachen. A.)

Bisher ist es nicht gelungen, in erhärteten Präparaten der Schankerknoten neben histologischen Veränderungen des Gewebes fremdartige Organismen mit Präcision nachzuweisen. Pisarewski richtete nun (**14**) seine Untersuchungen auf diesen Gegenstand. Als Material dienten 4 Schankerknoten, 2 frische, am 3. und 6. Tage nach ihrem Auftreten, und 2 bei schon eingetretenen secundären Erscheinungen excidirte.

An einem in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol, oder nur in letzterem erhärteten Präparate zeigte sich zunächst die für die primäre syphilitische Induration charakteristische Infiltration des Bindegewebes mit Granulationszellen. An den älteren Schankerknoten war diese Infiltration so bedeutend, dass das ursprüngliche mikroskopische Bild der Haut oder Schleimhaut vollkommen verdeckt wurde. Stets fanden sich indessen die Granulationszellen besonders dicht in der Umgebung der Blutgefässe und an den kolbenartig verdickten Spitzen (? A.) der Granulationen angehäuft. Diese Theile bilden nach dem Verf. somit den Ausgangspunkt für die Umwandlung des Fasergewebes in Granulationsgewebe, indem die ursprünglich isolirten Zellenherde später zusammenfliessen. Die neugebildeten Gefässe der Induration zeichneten sich durch ihre sehr dicken Wandungen aus und erschienen auf dem Querschnitt in Form concentrischer Ringe, mit spindelförmigen Zellen. In gleicher Weise waren auch an den alten Gefässen die äusseren Schichten der Wandung theils in runde Granulations-, theils in ebenfalls concentrisch gelagerte Spindelzellen verwandelt; die inneren Schichten derselben waren theils geschichtet, theils homogen, mit grossen ovalen Kernen besetzt und bildeten Falten, so dass das Volumen der

Gefässe im Querdurchschnitt rosettenartig und im Vergleich zur Dicke der Wandung sehr verengt erschien.

Ferner fand Verf., und dies ist bisher sonst nicht beschrieben (? A.), dass die ganze Induration von zahlreichen Höhlen und Kanälen durchsetzt ist, von denen die letzteren gewöhnlich der Richtung der Blutgefässe folgen, an Breite aber oft das Volumen derselben um das Mehrfache übertreffen. Sie besitzen keine selbstständige Membran, ihre Wandungen sind von Endothel ausgekleidet. Diese als Lymphwege anzusehenden Höhlen und Kanäle sind theils leer, theils sind sie mit Lymphkügelchen angefüllt, und noch andere enthalten eine eigenthümliche feinkörnige Masse.

Diese feinkörnige Masse nun besteht aus runden, fast gleich grossen Körnchen und aus einer durchscheinenden, homogenen glasigen Bindesubstanz. Diese Gleichmässigkeit der Körnchen in Gestalt und Grösse präsentirt sich selbst bei bedeutender Vergrösserung (Syst. 12, Ocul. 5 Hartnack), und überall werden dieselben durch jene homogene Substanz in Form von Nestern oder Gruppen zusammengehalten. Die Grösse der letzteren ist jedoch nicht abhängig von der Grösse der sie einschliessenden Lacunen und Lymphkanäle, in welchen sie in der Regel wandständig gelagert sind. Das Endothel bleibt dabei erhalten. Diese Nester sind also (? A.) als Gruppen von niederen Organismen in Form von Zoogloea anzusehen.

Dieses bestätigte sich ferner (? A) durch das Verhalten derselben gegen Reagentien und Färbemittel. Kochen in Alkohol und Aether zu gleichen Theilen brachte keine Veränderung hervor, durch Zusatz von concentrirter Essigsäure und von 10, 20, 36%iger Aetzkalilauge wurde das Schankergewebe zwar stark verändert, die feinkörnige Masse jedoch trat nur noch deutlicher hervor, die die Körner umhüllende Substanz hellte sich auf. Bei einfachem Zusatz von Färbemitteln wurden diese von der feinkörnigen Masse nicht aufgenommen, wohl aber wenn das Präparat vorher mit Essigsäure oder Aetzkalilösung behandelt wurde. Als beste Färbemittel erwiesen sich Methylanilin, Hämatoxylin und Methylgrün. Durch letzteres namentlich wurde das Gewebe grünlichblau, die Körnchen bräunlich gefärbt. Die Schleimmasse färbt sich dabei schwächer als die Körnchen. Auf Zusatz von concentrirter Schwefelsäure oder einer frisch bereiteten Lösung von ammoniakalischem Kupfersulfat blähten sich die Körnchen und lösten sich langsamer auf als das Schankergewebe, — auch dieses nach Angabe des Verf. eine

Eigenthümlichkeit der Pflanzenzelle. — Stäbchen und Helikomonaden, wie sie von Klebs cultivirt wurden, sind vom Verf. im Schankergewebe nicht beobachtet. Es wird jedoch angegeben, dass dieselben vielleicht nur Entwicklungsstufen der die Syphilis bedingenden Mikroorganismen darstellen.

Nach Trägardh (**15**) unterscheiden sich die syphilitischen Bubonen in mehrfacher Hinsicht von den Schankerbubonen. Sie bieten das Bild der chronischen Entzündung, während die letztern das einer acuten bieten; sie sind indolent, nicht empfindlich bei Berührung, wie die consensuellen; sie besitzen ferner keine Neigung zum Zerfall. T. hält es für eine der grössten Seltenheiten, dass syphilitisch afficirte Drüsen zerfallen, wenn nicht die Drüse noch ausserdem consensuell ergriffen ist, wenn nicht eine locale Reizung von einem grössern Geschwür der Schleimhaut oder der Haut aus hinzukommt. Bei verschiedenen Affectionen des Genitalapparates kommen Drüsengeschwülste von unzweifelhaft consensueller Natur vor, besonders bei Tripper ist das Auftreten von suppurirenden Bubonen keineswegs eine so grosse Seltenheit. Nach T.'s Erfahrungen entsprechen 100 Schankerbubonen ungefähr 12—15 bei Tripper entstandenen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass die letzteren am meisten Seeleute betrafen, bei denen ein zufälliges Irritament hinzukam. Dass diese bei Gonorrhöe auftretenden Bubonen mit der Virulenz der Primäraffection in keinem anderen Zusammenhang stehen, als dem, dass durch das Gift ein starker Reiz auf die Schleimhaut ausgeübt wird, ist um so deutlicher, wenn man bedenkt, dass solche Bubonen nicht nur bei dem wirklichen, virulenten Tripper auftreten, sondern auch bei der einfachen katarrhalischen, nicht virulenten Urethritis. Diese Bubonen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Auftreten und ihre Entwicklung in keiner Beziehung von den bei Schanker vorkommenden, man nimmt aber nicht an, dass in ihnen ein Gift enthalten sei, durch welches eine neue Gonorrhoe entstehen könne, oder dass das gonorrhöische Gift von den Lymphgefässen aufgenommen und den Drüsen zugeführt werde, welche ebenfalls so zu sagen gonorrhöisch inficirt würden, obwohl das gonorrhöische Gift Schleimhäute und andere ähnliche Gebilde leicht angreift. Die bei Gonorrhöe auftretenden Bubonen sind ganz als consensuelle zu betrachten, ebenso wie die durch irgend welchen anderen Reiz bedingten Drüsengeschwülste.

Ebenso gehören nach Trägardh zu den consensuellen Bubonen auch die bei Schanker auftretenden. Ein Schanker am Präputium scheint verhältnissmässig selten Bubo nach sich zu ziehen, was hingegen selbst bei kleineren, oberflächlichen Schankern besonders oft der Fall ist, wenn sie am oberen und mittleren Theile des Sulcus coronarius sitzen. Dies hat nach T. ohne Zweifel seinen Grund in der anatomischen Anordnung der Lymphgefässe, die auch zugleich zu einer Erklärung dafür führen kann, dass Bubonen sich manchmal an der dem Sitze des Geschwürs entgegengesetzten Seite entwickeln, weil sich gerade an dieser Stelle die zahlreichen, sich kreuzenden Lymphgefässe vereinigen. Wenn an dieser Stelle ein Schanker entsteht, kommen durch den Reiz des Giftes mitunter Lymphangiten zu Stande, aber noch öfter Reizung und Entzündung der zunächst liegenden Drüsen, manchmal auch ohne dass die Lymphgefässe afficirt erscheinen. Die auf diese Weise entstandenen Drüsenaffectionen durchlaufen die gewöhnlichen Phasen anderer ähnlicher, consensueller Bubonen, ohne Unterschied von diesen, nur treten sie bei Schanker ungleich häufiger auf, als bei anderen Affectionen der Genitalien, wohl in Folge der grossen Intensität des Giftes. Bemerkenswerth ist dabei, dass Bubonen verhältnissmässig öfter bei ganz oberflächlichen Schankern vorkommen, wenn diese ihren Sitz an der genannten Stelle haben, als bei schweren phagedänischen.

Dass diese sogenannten virulenten Bubonen durch Einführung des Schankergiftes in den Lymphstrom und mit diesem in die Drüsen zu Stande kommen, erscheint T. zweifelhaft, weil die Lymphgefässe selbst wohl mitunter entzündet, aber ihre Gefässwandungen nicht vom Schankergift angegriffen gefunden werden, da doch der Durchgang der virulenten Flüssigkeit nicht als so rasch vor sich gehend angesehen werden kann, dass das Virus dabei nicht seine Wirkung geltend machen könnte, und eine besondere Widerstandskraft des Endothels der Gefässe dagegen nicht wohl angenommen werden kann. Wenn es ausserdem richtig ist, dass Bubonen verhältnissmässig seltener bei phagedänischem Schanker vorkommen, dessen Gift sich doch manchmal als so ausserordentlich scharf und zerstörend erweist, scheint es unerklärlich, dass dieses Gift durch die Lymphgefässe, ohne sie anzugreifen, hindurchgehen und doch die Drüsen ergreifen sollte. Ausserdem müssten doch auch ferner gelegene Lymphdrüsen in gleicher Weise ergriffen werden; aber an diesen kann nur ein Reizungszustand

auftreten, secundäre Affection von Schanker hat man bei ihnen nie beobachtet. Wenn der Schanker sich wirklich in den Lymphgefässen fortpflanzte, so wäre doch kein Hinderniss vorhanden, dass die Fortpflanzung von Drüse zu Drüse stattfände. T. sieht in diesem Verhalten einen Beweis für seine Ansicht, dass der Schanker sich nicht durch das Lymphgefässsystem fortpflanzt.

Dass aber im Eiter von Bubonen Schankergift gefunden werden kann, haben Impfversuche bewiesen. Sollte dieses Gift auf dem Wege der Lymphbahn dahin gelangen, so müsste es schon dort vorhanden sein, sobald die ersten Symptome von Reizung und Entzündung in der Lymphdrüse auftreten, dann könnte aber das Gift nicht plötzlich seine begonnene Wirkung auf die Drüse abbrechen und der einmal eingeleitete Entzündungsprocess könnte nicht aufhören, während es doch in einer relativ geringen Anzahl von Bubonen bei Schanker zur Eiterung kommt. Ferner liefern Impfungen mit dem Eiter aus frisch in Suppuration übergegangenen Bubonen nicht immer ein positives Resultat, was wohl der Fall sein müsste, wenn sich stets Schankergift darin fände. Auch die Annahme lässt T. nicht gelten, dass es sich nur dann finde, wenn die Drüse selbst, nicht nur das periglandulare Bindegewebe, afficirt sei. Ausserdem liefert Impfung von einem frisch geöffneten Bubo manchmal nicht gleich nach der Eröffnung, wohl aber nach einigen Tagen, ein positives Resultat. Wenn T. bei Beobachtung der nöthigen Vorsichtsmassregeln einen suppurirenden Bubo eröffnete und mit sogleich entnommenem Secret impfte, war das Impfresultat stets negativ, Impfungen aber, die er von Bubonen aus machte, die er eröffnet in Behandlung bekam, ergaben ungefähr in der Hälfte der Fälle positives Resultat.

T. schliesst hieraus, dass das Schankergift nicht im Bubo selbst oder in der entzündeten Drüse sich findet, sondern nach der Eröffuung von dem an den Genitalien befindlichen Schankergeschwür aus darauf übertragen werde, (? A) theils vermittelst der Finger, theils wohl auch durch directe Berührung, wenn im Liegen der Penis auf den Bubo zu liegen kommt. Mehrere Male hat T. beobachtet, dass das Geschwür in der Leiste beim Liegen des Kr. auf der Seite genau der Lage des Penisgeschwürs entsprach.

Otis empfiehlt (**16**) das Calciumsulfid in der von Sydney-Ringer (Lancet 21. Febr. 1874) angegebenen Weise, u. zw. 5 Milli-

gramm Calciumsulfid alle 2 Stunden oder 3 Milligramm alle Stunden in Fällen von drohender Eiterung bei phlegmonösen Schwellungen. Er fand es wirksam gegen furunculöse Schwellungen und Geschwüre, welche rückgängig gemacht wurden, während er nicht die mindeste Wirkung des Mittels gegen Eiterungsprocesse auf Schleimhautoberflächen — Gonorrhöe, chronischer Tripper, Leucorrhöe — wahrnehmen konnte. Verf. beobachtete zunächst in der Privatpraxis, dass in einigen Fällen, wo Leistendrüsenschwellungen neben Schanker bestanden, auf Verabreichung von Schwefelcalcium, die Eiterung zum Stillstehen gebracht, vorhandener Eiter resorbirt wurde und die Geschwulst verschwand. Verf. wendete nun auch in achtzehn Fällen von entzündlichem Bubo, welche gleichzeitig oder als unmittelbare Folge von weichem Schanker auftraten, das Calciumsulfid systematisch an und kam zu dem Resultate, dass es in 15 Fällen zur Aufsaugung der Bubonen kam, und nur in 3 Fällen schliesslich die Incision gemacht werden musste.

17. **Rydygier.** Ueber die chirurgische Behandlung der Blennorrhagie und des Initialschankers. (Gazeta lekarska Nr. 45, 1879.)
18. **Klink.** Ueber die Excision des indurirten Schankers (Medycyna, Nr. 42, 43, 44, 1879.)
19. **Ferrari.** Beitrag zur Pathologie und Klinik der Initialläsion der Syphilis. (Giorn. internazionale dele scienze med., nuova serie, ann. 1, fasc. 8, 1879.)
20. **Chadzynski.** Ueber den prophylactischen Werth der Excision der syphilitischen Initialsklerose. (Ann. d. Derm. Nr. 3, Juli 1880.)
21. **Hermann Zeissl.** Ueber die Excision der syphilitischen Initialsklerose und die Behandlung der Syphilis. (Medic. Presse Nr. 27, 28, 29, 1880.)

Von den neueren Arbeiten über Excision der Initialsklerose erwähnen wir hier flüchtig zuerst der Arbeit von Rydygier, welche uns gleich der folgenden nicht im Original zu Gebote steht (**17**). Rydygier hat nach Chadzynski's Bericht in drei Fällen nach $1^1/_2$jähriger Beobachtung keine Syphilis nach der Excision auftreten sehen.

Klink dagegen hatte (**18**) in 10 Fällen (wovon drei fremde) eben so viele Misserfolge. Doch läugnet er mit Rücksicht auf seine geringe Zahl von Fällen nicht die Möglichkeit des Ausbleibens allg. Symptome nach der Operation.

Ferrari (**19**), auf dessen Arbeit wir durch einen geistreichen Aufsatz von Jullien in den Ann. de Derm. aufmerksam gemacht werden, scheint selber keine Excisionen gemacht zu haben, stellt jedoch bei Erörterung dieser Operation folgende Bedingungen: Der Schanker soll leicht zugänglich, nicht älter als drei Tage und noch nicht von Drüsenschwellungen begleitet sein. Diese Forderungen ausser der ersten scheinen uns gleich Jullien zu anspruchsvoll und nicht in der Sache begründet.

Chadzynski (**20**) hat im Spitale zu Lemberg vom October 1877 bis Jänner 1880 30 Excisionen vorgenommen. Von diesen Fällen wurden 6 Fälle per primam int. geheilt; bei 5 trat neuerliche Induration ein; in 7 Fällen blieb der Erfolg zweifelhaft, 6 stellten sich nicht mehr vor, 1 blieb in Beobachtung; in 16 Fällen traten allgemeine Erscheinungen auf (4 Roseola, 2 Roseola und Plaques muq., 3 maculo-papulöse Form, 4 Plaques, 1 Roseola papul., 1 Roseola papul. und Plaques); 7 günstige Erfolge, wovon 2 noch 6 Monate, drei 7 Monate, einer 13, einer mehr als 24 Monate beobachtet worden waren.

Der Verf. zieht daraus eine Reihe von Schlüssen, die wir auszugsweise, aber bei der holperigen Darstellung des Verf. mit Reserve wiedergeben:

die Excision könne in recenten Fällen (2—5 Tage und selbst mehr alt) als prophylactisches Mittel angesehen werden;

wenn die Ganglien nach der Excision abschwellen oder vereitern, deute dies darauf hin, dass dieselben nur sympathische Adenitides gewesen seien;

die beste Zeit für die Operation sei jene, in welcher die Ganglien noch nicht angeschwollen erscheinen, selbst auf die Gefahr hin, einen weichen Schanker zu excidiren;

auch ein Misserfolg ziehe wenigstens Aufschub und Milderung der allg. Symptome nach sich;

bei recidivirender Induration soll die Operation ein-, selbst zweimal wiederholt werden, um die Evolution des Giftes oder wenigstens dessen Quantum zu vermindern;

wo die Excision nicht möglich ist, soll die Exstirpation mit dem Thermocauter von Paquelin gemacht werden, wie schon früher Rydygier vorgeschlagen hat.

Zeissl (21) schildert 5 Fälle von Initialsklerosen, in denen von ihm die Excision ohne Hinterlassung von erkrankten Gewebsresten vorgenommen wurde. Wir geben die Krankengeschichten wortgetreu wieder:

„1. Fall. Herr X. aus Petersburg stellte sich mir im Jahre 1874 mit einer deutlichen syphilitischen Sklerose am inneren Blatte des Präputiums, und zwar in der oberen Hälfte desselben, vor. Die Leistendrüsen waren kaum merklich geschwellt. Der Kranke hatte das erste Anzeichen einer Erkrankung in Gestalt einer unbedeutenden Excoriation am 10. Februar 1874 bemerkt, der inficirende Beischlaf soll Ende Jänner stattgefunden haben. Ich excidirte die Initialsklerose, vereinigte mit der Knopfnaht und die Wunde heilte per primam. Eine Induration der Narbe trat nicht ein. Der Kranke begab sich nach Paris, wo er fast zwei Monate blieb. Ricord, Bassereau und Fournier, die ihn wiederholt sahen und genau untersuchten, konnten keine Spur des früher vorhanden gewesenen Primäraffectes auffinden. Ungefähr drei Monate, nachdem ich die Excision des syphilitischen Primäraffectes vorgenommen hatte, stellte sich mir Herr X., der wieder nach Wien zurückgekehrt war, mit einem Erythema papulosum syphiliticum vor. Die Stelle, an welcher die kaum merkliche lineare Narbe der Excisionswunde sass, fühlte sich vollständig weich und geschmeidig an. Von seiner Syphilis wurde Herr X. durch eine Jodbehandlung vollständig geheilt.

2. Fall. G., 26 Jahre alt, wurde am 26. April 1880 auf Zimmer Nr. 20 der Abtheilung aufgenommen. An dem inneren Blatte der Vorhaut fand sich eine 1 Ctm. in ihrem Durchmesser haltende charakteristische nicht exulcerirende syphilitische Initialsklerose. Die Leistendrüsen waren beiderseits mässig bis Bohnengrösse geschwellt. Am 27. April wurde die Initialsklerose excidirt, die Knopfnaht angelegt und mit Carbolwasser verbunden. Die Wunde heilte nur zum Theil per primam. Ein Theil vernarbte durch Eiterung und war die Excisionswunde am 4. Mai vollständig geheilt. Die verharschte Stelle fühlte sich ganz weich an. Am 6. Mai 1880 war am Stamme und an den Extremitäten ein maculo-papulöses Syphilid entwickelt. Die

Leistendrüsen waren namentlich links bedeutend vergrössert. Am 15. Juni 1880 war der Kranke durch eine Jodkalibehandlung von den an ihm sichtbar gewesenen syphilitischen Erscheinungen geheilt.

3. Fall. K. Ignaz, 37 Jahre alt, wurde am 10. April 1880 auf Zimmer Nr. 19 der Abtheilung aufgenommen. K. war zum ersten Male erkrankt und soll das Geschwür am Gliede seit 9. März bestanden haben. An der äusseren Lamelle der Vorhaut in der oberen Hälfte derselben fand sich eine 0·5 Ctm. im Durchmesser haltende, an ihrer Oberfläche zerfallende syphilitische Initialsklerose. Die Leistendrüsen waren beiderseits mässig geschwellt, an der allgemeinen Bedeckung des Stammes und der Extremitäten, sowie an den Schleimhäuten war keine Spur von sonstigen syphilitischen Erscheinungen zu constatiren. Am 11. April 1880 wurde die Excision der syphilitischen Initialsklerose vorgenommen und die Knopfnaht angelegt. Die Vereinigung trat nicht per primam intentionem ein, und war die Wunde erst am 29. April vollständig geheilt. An der narbigen Stelle war es zu keiner neuen Induration gekommen. Am 18. April waren Roseola-Flecken in beiden Brustflanken zu bemerken, welche aber unter Jodkaligebrauch bis zum 1. Mai sich so weit involvirt hatten, dass der Kranke, der versprach, sich im Ambulatorium der Klinik täglich vorzustellen, als einstweilen geheilt entlassen werden konnte. Am 29. Mai waren die Leistendrüsen beiderseits beträchtlich geschwellt, deutliche Schleimhautpapeln an der Lippen- und Wangenschleimhaut zu sehen und ist der Kranke, der die Jodkalitherapie bis zum 20. Juni fortsetzte, von diesen Erscheinungen der Syphilis befreit worden, derselbe stellt sich aber noch immer von Zeit zu Zeit auf der Klinik vor.

4. Fall. Sch. Richard, 26 Jahre alt, wurde am 5. December 1879 auf Zimmer Nr. 19 der Abtheilung aufgenommen. An der allgemeinen Bedeckung des circumcidirten Gliedes fanden wir einen Ctm. hinter der Corona glandis eine 1 Ctm. im Durchmesser haltende zerfallene syphilitische Initialsklerose. Da dieselbe sich leicht excidiren liess, so wurde diese Operation am 6. December vorgenommen. Die Erkrankung will Sch. 4 Wochen vor Eintritt in das Krankenhaus bemerkt haben. Die Leistendrüsen waren nicht geschwellt, die Excisionswunde heilte per primam intentionem. Am 18. December trat ein spärliches papulöses Exanthem an der Haut des Stammes auf, welches sich auf 14 Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe involvirte. Vom 11. Jänner 1880 an nahm der Kranke Jodkali und wurde am

13. Jänner als einstweilen geheilt entlassen. Am 12. März stellte sich Sch. neuerdings mit einem dichtgedrängten maculo-papulösen recidivirenden Syphilid vor. An dem Zungenrande fanden sich zahlreiche Schleimhautpapeln. Diese Erscheinungen schwanden bis zum 17. April 1880 auf eine Jodkalitherapie.

5. Fall. Der 19 Jahre alte Abraham D. wurde am 15. Mai 1880 auf Zimmer Nr. 19 der Abtheilung aufgenommen. An der unteren Fläche des rituell circumcidirten Gliedes fand sich an der Stelle, wo früher das Frenulum sass, eine nach Angabe des Kranken 4 Wochen bestehende syphilitische Initialsklerose, die Leistendrüsen waren beiderseits mässig geschwellt. Die Excision der Sklerose wurde am 19. Mai vorgenommen und heilte die Excisionswunde in wenigen Tagen, ohne dass in loco wieder eine Verhärtung der Narbe zu constatiren gewesen wäre. Am 25. Juni fanden sich am Scrotum des D. nässende Papeln und zerfallende Papeln der Schleimhaut beider Wangen und der Zunge. Der Kranke steht noch in Behandlung."

Die Folgerungen, welche der Verf. an diese Fälle knüpft, sind schon oben (siehe unter den Originalarbeiten: Auspitz über die Excision) angeführt worden.

Hier referiren wir nur noch über die Bemerkungen therapeutischer Art, welche der Autor am Schlusse seines Aufsatzes anfügt: Sie betreffen das Dct. Zittmanni, das Pilocarpin, das Cupr. sulfur. Das erstere schätzt er besonders den gummatösen, aber auch den condylomatösen Formen gegenüber sehr hoch, besonders bei heruntergekommenen Kranken. Das Pilocarpin hat er bei zwei Kranken (! A.) versucht (0,02 pro injectione) 10 und 9 Injectionen — ohne Erfolg, doch mit unangenehmen Intoxicationserscheinungen. Ueber Sulfas cupri will er noch kein endgiltiges Urtheil fällen, da er das jüngst von Martin und Oberlin empfohlene Mittel (siehe weiter unten) nur in 7 Fällen (davon in 2 mit Erfolg) bisher versucht hat. Die Dose des innerlich gegebenen Medicamentes war 0,004 bis 0,012 täglich.

22. **v. Rinecker.** Reizung und Syphilis. (Sitzung der physikal.-med. Gesellschaft vom 15. November 1879.)

23. **Gee.** Ist eine Uebertragung der Syphilis durch das Secret des weichen Schankers eines Syphilitikers möglich? (Berichte des ärztlichen Vereines in Kasan Nr. 1, 1880. — Ctbl. f. Chir. Nr. 23, 1880.)

24. Folinea. Traumatische Verletzungen Syphilitischer. (Giorn. internaz. d. sc. med. Nr. 10, 11, 12. 1879.)

Tarnowsky in Petersburg hat bekanntlich vor einiger Zeit unter dem Titel: „Reizung und Syphilis“ eine Arbeit publicirt[1]), in welcher er auf Grund klinischer Beobachtung und zahlreicher Impfversuche einigen scheinbar gegen die Dualitätslehre sprechenden Thatsachen eine andere Deutung zu geben sich berechtigt hält, wodurch diese in vollkommenen Einklang mit der erwähnten Theorie gebracht werden. Dahin gehört vor Allem die Beobachtung, dass der indurirte Schanker nicht immer von allgemeiner Lues gefolgt ist, dann dass derselbe zeitweise den eitrigen Bubo des weichen Geschwürs zum Begleiter hat, endlich dass zuweilen an harten Schankern leidende Personen ebenso weiche wie harte Schanker zu übertragen vermögen und umgekehrt.

v. Rinecker erörtert nun in einem in der phys.-med. Gesellsch. in Würzburg gehaltenen Vortrage (**22**) diese Arbeit, indem er zunächst darauf hinweist, dass Tarnowsky die Erklärung dieser von ihm nicht bestrittenen Thatsachen in einer eigenthümlichen Beschaffenheit der Haut der Syphilitischen, d. h. in einer durch die Syphilis bewirkten Umänderung des Bodens findet, wodurch die Resultate des Impfversuchs und folglich auch die Infection eine Modification erleiden. Vornehmlich im Frühstadium der secundären Periode tritt diese Vulnerabilität der Haut bei Syphilitischen am deutlichsten hervor und hat sich T. durch eine Reihe von Parallelversuchen überzeugt, dass in diesem Stadium der Krankheit schon tiefe Einstiche, Impfungen mit vulgärem Eiter oder dem Secrete der Schleimpapeln, aber auch mit chemisch reizenden Flüssigkeiten hinreichen, um an der Reizungsstelle die Ablagerung von syphilitischem Infiltrat hervorzurufen. Der von T. genau beschriebene Verlauf ist in der Regel der, dass sich anfänglich mit oder ohne vorausgegangene Pustel ein Geschwür ausbildet, welches einem weichen Schanker ähnlich ist, sich aber gar bald von ihm durch einen Ring syphilitischen Infiltrats unterscheidet. Auch sitzt die später sich bildende Narbe auf einer nur langsam sich lösenden Verhärtung. In den Fällen nun, wo das Gift des weichen Schankers als Impf- oder Infectionsstoff gedient hat, wird im Anfang das sich entwickelnde Geschwür in Nichts von dem gewöhnlichen weichen

[1]) Diese Vierteljahresschrift pag. 19, 1877.

Schanker sich unterscheiden. Aber im weiteren Verlauf (9.—20. Tag) bildet sich im Umkreis und am Boden des Geschwürs durch Ablagerung syphilitischen Infiltrats eine Induration aus und wenn diese dann das bereits gereinigte Geschwür in scharfer Begrenzung von allen Seiten ringförmig umgibt, wird es unmöglich, diesen weichen Schanker der Syphilitiker blos der äusseren Form nach von der syphilitischen Primärsclerose wegzuerkennen. Auch die zurückbleibende, oft knorpelig-harte Narbe wirkt auf die Diagnose erschwerend.

Diese eigenthümliche Schankerform — die somit zwei Perioden durchläuft — in deren erster sie als einfaches weiches Geschwür sich verhält, während sie in der zweiten die Eigenschaften des harten Schankers annimmt — hat T. als: „Pseudo-indurirten Schanker der Syphilitiker" getauft und gibt sich der Hoffnung hin, es werde in Zukunft mit Hilfe desselben und zwar im Verein mit Ricord's Chancre larvé und Rollet's Chancre mixte gelingen, alle durch die Complication von Tripper, Schanker und Syphilis verursachten Schwierigkeiten der Diagnose in der Syphilislehre zu überwinden. So wird es z. B. mittelst des pseudoindurirten Schankers ganz leicht verständlich, wie eine Prostituirte an verschiedene Männer bald weichen, bald harten Schanker übertragen kann. Eine solche Person leidet an einem pseudo-indurirten Schanker, der von vorne herein als weicher Schanker sich introducirt und sie wird, in so lange in des letzteren Peripherie kein syphilitisches Infiltrat sich ablagert, nur weichen Schanker übertragen. Sowie aber das Infiltrat anfängt zu zerfallen und die Produkte des Zerfalls dem Secrete sich beimengen, wird die betreffende Kranke mit harten, nach Umständen mit „gemischten" Schankern anstecken, die von den Erscheinungen der constitutionellen Syphilis gefolgt sind.

Die vorhin erwähnte Beobachtung, dass Traumen und sonstige Beschädigungen der Haut bei Syphilitischen zur Entwicklung eines specifischen Infiltrats im Umkreis der verletzten oder sonstwie gereizten Stelle Anlass geben, brachte T. noch auf die weitere Idee, zur Feststellung der Diagnose und namentlich zur Constatirung des Gelungenseins einer Syphilisbehandlung an, der latenten Syphilis verdächtigen Personen mittelst der Ricord'schen Schwefelsäure-Kohlenpasta völlig schmerzlose Aetzungen zu dem Zwecke vorzunehmen, um hiedurch charakteristische Merkmale der Krankheit hervorzurufen. T. nennt diese Methode „Cauterisatio provocatoria", gibt übrigens selbst zu, dass dieselbe in vielen Fällen im Stiche lasse.

Diese zweifelsohne höchst interessanten Untersuchungen, die überdem das Gepräge strengster Gewissenhaftigkeit an sich tragen, hatten sich keiner besonders günstigen Aufnahme zu erfreuen. Schon der, allerdings nicht glücklich gewählte Name, den T. der neuaufgefundenen Schankerform gab: „Pseudo-indurirter Schanker u. s. w.“ erregte Anstoss zunächst deshalb, weil er bereits in mehrfacher Beziehung anderweitig engagirt war (Auxias-Turenne, Fournier). Auch war es gewagt, auf Grund blos eigener Erfahrungen, wenn auch noch so langdauernd und zahlreich, gleich von „Gesetzen“ zu sprechen, wenn dies schon in der Syphilislehre von lange her Mode war. Ganz besonders muss es aber auffallen, dass, während der Ausgangspunkt der Tarnowsky'schen Forschungen — die eingestandener Massen auf eine Rechtfertigung der Dualitätslehre lossteuern — ein Thema bildet, welchem gerade die Verfechter der Unitätslehre stets eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet haben, T. dessenungeachtet für die z. Th. fundamentalen Arbeiten dieser Gelehrten nur ein abfälliges Urtheil hat, dagegen nicht ansteht, die von ihm gegebene Erklärung von der Wirkung verschiedener specifischer und nicht specifischer Reize auf die Haut constitutionell Syphilitischer als ein Dogma zu bezeichnen. Dass der syphilitische Traumatismus, auf dem die Cauterisatio provocatoria fusst, nichts Neues ist, sondern zu den bereits in älterer, namentlich aber in neuerer Zeit mit Vorliebe besprochenen Capiteln gehört, ist schon von anderer Seite bemerkt worden.

Wenn der Vortragende trotz all' dieser, theilweise allerdings nebensächlichen Ausstellungen den Tarnowsky'schen Untersuchungen einen grossen Werth zuerkennt und glaubt, dass dieselben durch Veröffentlichung der ihnen zur Basis dienenden Beobachtungen an Bedeutung gewinnen würden, so hat das seinen Grund darin, dass Rinecker nach den seinen eigenen Versuchen entnommenen Erfahrungen das von T. gegebene klinische Bild von der Entwicklung und dem Verlaufe seines s. g. pseudo-indurirten Schankers als vollkommen richtig erklären muss. Die von T. so sehr betonte Ablagerung eines syphilitischen Infiltrats, welches ringförmig das an der Reizungsstelle sich bildende Geschwür umsäumt, ist, soviel dem Vortr. bekannt, in dieser Weise noch nirgends geschildert worden, was einfach darin liegen mag, dass frühere Forscher den Ablauf dieser Affection nicht so lange (20—60 Tage) verfolgt haben. Die Form selbst ist, wenn vollständig entwickelt, so charakteristisch, dass sie allerdings auf einen besonderen

Namen Anspruch erheben darf und schlägt Rinecker statt des langathmigen und ohnehin nicht geeigneten „pseudo-indurirten Schanker" — jenen des Chancroid vor, der um so passender erscheint, als dieses Tarnowsky'sche Geschwür den zweiten Theil des Clerc'schen Chancroid darstellt und diesem auch in virtueller Beziehung gleichsteht; denn bei seiner Uebertragung auf Gesunde hatte dasselbe in Würzburg stets nur weichen Schanker, nie aber den Primäraffect der Syphilis oder diese selbst zur Folge, wie von T. behauptet wird. Dieses Chancroid kann daher auch nicht als Zeuge für das Dogma der Dualität des syphilitischen Virus angerufen werden, sondern dient vielmehr als glänzendes Beweismittel für die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Schankerformen.

Um seine Anschauungsweise dieser Verhältnisse möglichst klar zu legen, benützt R. einen Terminus aus der Zoologie, nämlich den der Heterogenesis, womit einige Zoologen das Vorkommen eines Thieres unter zweierlei Formen bezeichnen, deren jede selbständig als solche sich fortpflanzen, aber auch wieder in die andere Form zurückkehren kann. (So gibt es z. B. Ascaris-Arten, die bald parasitische Form annehmen, bald aus diesen heraus wieder zu freilebenden Formen sich entwickeln). Die Syphilis würde dieser Ansicht zu Folge unter zweierlei Formen existiren, dem weichen und dem harten Schanker; der wilde, zerstörende weiche Schanker kann neben einem ungehemmten Fortbestand in seiner ihm eigenen Form, in gewissen Fällen in den harten Schanker übergehen. Dieser selbst kann als solcher gleichfalls ins Unendliche sich fortpflanzen, doch stets auch unter Vermittlung des Chancroids wieder in den weichen Schanker sich umwandeln. Dieses, das Chancroid, wird nur eine relative Selbständigkeit beanspruchen können, als eine Art Zwischenform, die aber unter Umständen durch Reinoculation des weichen wie des harten Geschwürs auf einen syphilitischen Boden sich stets wieder neu erzeugt. Die völlig identische Natur des Chancroids mit dem weichen Schanker wurde theilweise schon von Jenen bezweifelt, die an seiner Wiege standen.

Eine nähere Begründung dieser Ansicht von der Beziehung der einzelnen Schankerformen zu einander wird erst beim Hinweis auf klinische Beobachtungen und mit diesen im Zusammenhang stehende Impfversuche möglich sein, welch letztere auf der Syphilidoklinik des Juliusspitals im Laufe der letzten Jahre in grösserer Ausdehnung

angestellt wurden. Doch glaubt man jetzt schon es aussprechen zu dürfen, dass all diese Verhältnisse bei ihrer näheren Betrachtung immer und immer wieder zu der Hypothese hindrängen, dass es belebte, organisirte Wesen, d. h. kleinste niedere Organismen sind, die, nachdem sie bei fortwährend wechselnden Lebensbedingungen mit anderen Entwicklungsphasen auch andere Eigenschaften annehmen, — wie bei den übrigen Infectionskrankheiten — so auch in der Syphilis die Ursache jener häufig so eigenthümlichen Krankheitssymptome bilden und wohl auch als die gestaltenden Potenzen der verschiedenen Schankerformen zu betrachten sind, mit welchen die Syphilis in die Erscheinung tritt.

Wie anderen Forschern ist es auch R. nie gelungen, durch Application von Aetzmitteln auf syphilitische Individuen etwas Anderes, als oberflächliche Substanzverluste zu erzeugen, die während ihres ohnehin kurzen Bestandes nie etwas Specifisches darboten. Ebenso steht es im Widerspruch mit einer anderen Tarnowsky'schen Behauptung, dass in einem diagnostisch äusserst dunklen Fall von visceraler Syphilis die Impfung mit weichem Gift eine eclatante Entscheidung brachte, indem das an der Impfstelle sich entwickelnde Chancroid alsbald in ein tief greifendes gummöses Geschwür von nierenförmiger Gestalt überging. Dagegen lieferte eine Beobachtung, wo ein zufälliges Trauma in einem Falle secundärer Syphilis die Bildung einer syphilitischen Hyperplasie von ungewöhnlichem Umfang an der Wundstelle hervorrief, eine Bestätigung für die Tarnowsky-sche Anschauung dieser Dinge.

In der Discussion machte Gerhardt auf die vielen Analogien aufmerksam, die zwischen Syphilis und den acuten Infectionskrankheiten bestehen, Eruptionsfieber, Hautausschläge, Incubation etc. — Besonders betonte er auf Grundlage der eben entwickelten unitarischen Auffassung die Aehnlichkeit, die beide Krankheitsarten durch das Erscheinen von Abortivformen darbieten. Menschenpocken auf Kühe geimpft, erzeugen die Vaccine: eine örtliche Erkrankung. Eine Abortivform der echten Variola sind die Varicellen: wahrscheinlich stehen die Rötheln zu den Masern im gleichen Verhältnisse. So ist der weiche Schanker die nur örtliche Erscheinungen verursachende Abortivform der Syphilis. Harter Schanker auf Syphilitische geimpft gibt weichen Schanker; unter veränderten Bedingungen erzeugt dieselbe Krankheitsursache verschiedene Erkrankungsformen. v. Rinecker

betont, wie auf Grundlage der Hypothese von der parasitären Entstehung die bekannte Proteus-Natur der Syphilis ihre Erklärung findet. Ein aus lebenden Keimen bestehendes Virus kann nicht immer dasselbe sein. Bald in rascher continuirlicher Entwicklung begriffen, bald im Zustande unbestimmte Zeit dauernder Latenz können diese niedersten Lebewesen durch verschiedene Einflüsse eine Differenzirung erfahren, die bestimmend auf Form und Verlauf der Krankheit wirkt.

Gee fand (23) bei Impfung einer vollkommen gesunden Frau, die nie Syphilis gehabt und sich bereitwillig zu diesem Experiment hergegeben hatte, mit dem Secret weichen Schankers eines Syphilitischen, dass die Schanker sich abimpften und einen ganz normalen Verlauf nahmen. Da sich im Verlaufe von 132 Beobachtungstagen keine Symptome syphilitischer Ansteckung gezeigt hatten, so behauptet Verf., die Incubationszeit der Syphilis sowie das gänzliche Fehlen irgend welcher Zeichen dieser Erkrankung in Erwägung ziehend, dass die Einimpfung des Secretes des weichen Schankers von einem Syphilitiker nur den weichen Schanker allein übertragen hat, ohne gleichzeitig die Syphilis mitzutheilen.

Folinea (24) erörtert im Anschluss an Düsterhoff (diese Vierteljahrsschr. pag. 477, 1879) den Einfluss der Syphilis auf Traumen und umgekehrt und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Initialsklerose verwandelt Wunden, die mit ihr in Continuität stehen, in syphilitische Geschwüre.

2. In einiger Entfernung gelegene Wunden beeinflusst die Initialsklerose nicht.

3. Die Periode zwischen Initialsklerose und den ersten Allgemeinerscheinungen übt, besonders anfangs, keinen Einfluss auf Traumen aus.

4. Die Syphilis im entzündlichen Stadium wirkt, wenn sie activ ist, auf Traumen in der Weise ein, dass sie dieselben in syphilitische Läsionen umwandelt.

5. Diese Umwandlungen können sich bei activer frischer Syphilis entfernt oder nahe der eben bestehenden Syphilisform zeigen.

6. Wenn die entzündliche Syphilis das Trauma nicht in eine specifische Läsion überführt, so wirkt sie in der Weise ein, dass das

Trauma ohne weitere Veränderung in eine stationäre Periode tritt, in welcher die specifische Behandlung zur Heilung führt.

7. Die neoplastische Syphilis ist häufig von negativer Wirkung, gleichviel ob die Verletzung sich nahe oder entfernt von der bestehenden syphilitischen Manifestation befindet; doch kann unter Umständen die Umwandlung in ein Geschwür oder die Ueberführung in die stationäre Periode erfolgen.

8. Im latenten Stadium der entzündlichen Periode wirkt die Syphilis, wie wenn sie activ ist, indem sie dem Trauma specifischen Charakter verleiht oder dessen Heilung bis zum Gebrauch von Mercurialien hintanhält.

9. Im latenten Stadium der neoplastischen Periode macht sich selten ein specifischer Einfluss auf den Heilungsverlauf der Traumen geltend; fast immer geht derselbe ohne Rücksicht auf die bestehende Diathese vor sich.

10. Verletzungen können in syphilitischen Individuen der Herd neuer specifischer Eruptionen werden.

11. Verletzungen bei frischer activer oder latenter Syphilis können Ausgangspunkte neuer syphilitischer Formen werden, die sich daselbst localisiren.

12. In syphilitischen Individuen können Verletzungen mehr oder weniger entfernt von sich Veränderungen hervorrufen, und zwar häufig im entzündlichen, selten im neoplastischen Stadium.

13. Bei syphilitischen Individuen kann ein Trauma wiederholt Ausgangspunkt einer syphilitischen Läsion sein, und zwar im entzündlichen wie im neoplastischen Stadium.

14. Ein Trauma eines nicht Syphilitischen, der sich nachträglich inficirt, kann Ausgangspunkt der syphilitischen Allgemeinerscheinungen werden.

25. Mills. Syphilom der Dura mater cervicalis. (Philadelphia Med. Times Nr. 312, 1879.)

26. Teuffel. Ein Fall von luetischer Erkrankung des Gehirnes. Aus dem Jahresbericht der inneren Abtheilung des Ludwigs-Hospitals in Stuttgart für das Jahr 1878. (Württemb. med. Corresp.-Bl. Nr. 8. 1880. — Allgem. med. Centr.-Ztg. 43. 1880.)

27. **Ayer.** Gehirnsyphilis mit Gehörshallucinationen. (The Boston med. and surg. Journal, Sept. 19, p. 363. 1878. — Wiener Med. Wochenschr. Nr. 35, 1879.)

28. **Bulkley.** Syphilitische Analgesie. (Amer. Arch. of Derm. III. p. 254. 1879.)

29. **Fournier.** Ueber secundäre syphilitische Epilepsie. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 2. série. Tome I. Nr. 1, p. 17. 1880.)

30. **Pellizzari.** Epileptiforme Anfälle bei Syphilis. (Giorn. Ital. delle mal. vener. Nr. 5, 1880.)

Mills schildert (25) folgende Fälle von Syphilisgeschwulst der harten Hirnhaut: Ein 24jähriger syphilitisch inficirter Neger litt an heftigen Schmerzen im Nacken und Steifigkeit desselben, denen sich in kurzer Frist Schwäche, erst der Arme, dann der Beine zugesellte. Er konnte nur mühsam und kurze Zeit sitzen, da er Erstickungsanfällen ausgesetzt war. Das Sehvermögen war vermindert. Die gelähmten Arme waren atrophisch, doch hatte die Musculatur ihre elektrische Erregbarkeit bewahrt. Die Sensibilität war oben und unten vermindert. Die Reflexerregbarkeit von der Haut aus zeigte sich erhöht. Die Entleerungen waren unwillkürlich. Decubitus fand sich in geringer Ausdehnung an verschiedenen Stellen; zeitweilig traten heftige Schmerzen in den Knien und an den Knöcheln auf, ebenso Erectionen des Gliedes. In einem der sich häufiger wiederholenden Anfälle von Athemnoth starb der Kranke. — Nach dem Tode fand man die inneren Flächen der vorderen Abschnitte des zweiten, dritten und vierten Cervicalwirbels cariös und von Blut und Eiter bedeckt. In einer Ausdehnung von $2^1/_2$ Zoll lag auf der Aussenfläche der Dura ein unregelmässiges, $^1/_4$—$^1/_3$ Zoll dickes, das Mark umgebendes Gebilde. Das Mark selbst war platt und erweicht. Die Cervicalnerven zusammengedrückt und atrophisch. Auf der Höhe des dritten Cervicalwirbels fand sich im Mark ein wie ein intramedullärer Tumor erscheinendes, $^1/_2$ Zoll langes Gebilde, ober- und unterhalb dessen das Mark besonders erweicht erschien. Drei Zoll oberhalb der Cauda equina befand sich ein kleineres, ähnliches Gebilde. Die Verdickung der Dura erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als eine gummöse Bildung. Die Tumoren bestanden aus sklerotischem Bindegewebe, im Cervicalmark fand sich das interstitielle Gewebe vermehrt, die Markscheiden der Nervenfasern

waren verschwunden, die Blutgefässe verdickt, stellenweise amyloid entartet und oft mit Blut infarcirt. In der Dorsalregion waren die Seiten- und Hinterstränge, im Lumbaltheil nur die letzteren degenerirt.

Der zweite Fall betraf eine 31jährige, ebenfalls syphilitisch inficirte Negerin. Auch sie klagte über Schmerzen und Steifigkeit im Nacken, die nach dem Kopf zu und in die Arme hinab ausstrahlten. Die Lähmung der Arme trat ziemlich acut auf, den Tag darauf erlahmten die Beine. Auch die Sensibilität der letzteren war abgeschwächt; die Hautreflexe waren erhöht, die Sehnenreflexe vorhanden, aber nicht erhöht, rechts schwächer als links. Auch sie litt an Anfällen von Dyspnoë. — An der linken Seite der Dura fand sich auf der Aussenseite ein vom fünften Cervicalwirbel bis nach oben reichender Blutklumpen und eine 2 Zoll lange unebene flache Neubildung, besonders links und vorn; auf der Höhe des zweiten Cervicalwirbels zeigte sich ebenfalls ein kleines Blutgerinnsel. Die innere Durafläche war glatt, aber glanzloser als gewöhnlich. Das Mark war abnorm platt und weich und in der Quere sklerotisch. Die Wirbel selbst waren in diesem Falle nicht erkrankt gefunden worden.

Einen Fall von Gehirnsyphilis mit günstiger Wirkung der Mercureinreibung beschreibt Teuffel (26). Friedr. H., 41 J., Thierarzt. Harter Schanker vor 15 Jahren, dem Angina und Roseola folgen. Vor 6 Jahren Ozaena, welche 2 Jahre dauert und mit Einsinken des Nasenrückens heilt. Seit einem Jahre wiederholte epileptiforme Anfälle, Sprach- und Gehstörungen, welche vollkommen das Bild einer progressiven Paralyse geben. Aufnahme am 1. März. Dreiwöchige Schmierkur mit 5,0 p. die. Rasche Besserung. Nachher Jodkali 2,0 p. die und Dampfbäder zweimal die Woche. Pat. ist im Stande, wieder etwas in seinem Berufe zu arbeiten. Im Juni Kur in Salzbrunn. Auf der Rückreise (1. Juli) plötzlich Parese des rechten Armes, vollständige Lähmung des Sphincter ani, unvollständige des Sph. vesic. Zunge kann nur wenig bewegt werden. Articulation und Deglutition sehr erschwert. Kann nur mit grosser Mühe, unter Mitanstrengung der Gesichtsmuskeln, bis auf 3 zählen. Ausdruck blöde. Gedächtniss und Begriffsvermögen sehr reducirt. Inunct. mit 5,0 p. die. Kali jodat. 1,5 p. die. Strenge Diät. Schon am 6. deutliche Besserung der Sphincteren, dann des Armes, zuletzt vom 12. an der Sprache und Intelligenz. — Am 28. Abends plötzlich epileptiforme Anfälle, welche

in Pausen von etwa 10 Minuten sich wiederholen, 1—2 Minuten dauern. Nach $1^3/_4$ Stunden, während welcher Pat. nicht zum Bewusstsein kommt, cessiren die Anfälle; Somnolenz, Müdigkeit, Kopfschmerz, verzweifelte Gemüthsstimmung bleiben zurück. Am 30. sind die Folgen der Anfälle ganz geschwunden. Von da an rasche Genesung. Austritt am 7. September. — Kal. jodat. 2,0 p. die und kalte Douchen werden noch 4 Wochen fortgebraucht. Noch ein epileptiformer Anfall am 9. November, welcher keinerlei Folgen hinterlässt. Auf den erneuten mehrmonatlichen Gebrauch von Jodkali 5,0 p. die bis jetzt (November 1879) dauernde Genesung und Arbeitsfähigkeit.

Ayer erzählt (27) die Krankengeschichte eines 29jährigen Mannes, in dessen Familie Geisteskrankheit von väter- und mütterlicher Seite, bei je einer Tante und Schwester vertreten war.

Zehn Jahre vorher — in Folge einer unglücklichen Liebe — zeigten sich bei dem Kranken zum ersten Male Erscheinungen von Gemüthsdepression, welche dann vollständig schwanden.

Zwei Jahre vorher acquirirte der Patient einen Schanker und Roseola syph. Etwa 6 Monate nach der Ansteckung traten Symptome von Meningitis cerebr. auf, welche bei einer unbekannten Therapie in 3 Monaten verschwanden.

Seit kurzer Zeit hört er „Stimmen“, welche ihn angeblich bald zu dem, bald zu jenem auffordern. So oft er der Ueberwachung gewahr wird, ärgert er sich und wird wüthend.

In den ersten 2 Monaten der Beobachtung klagte er öfters über Kopfschmerzen, deren Heftigkeit ihn manchmal zu Wehgeschrei veranlasste. Auch wurden von ihm Periostalschmerzen (in der Tibia) angegeben.

Die Gehörshallucinationen dauerten fort, er hielt sich für verzaubert und beeinflusst „durch eine gewisse Art von Magnetismus“. Trotz Jodkaliumgebrauches (30 Gran pro die) seit circa 3 Monaten zeigten sich bei ihm (nach vorheriger Besserung) Erscheinungen von Tobsucht, dann folgte zum ersten Male eine zweimonatliche Pause der Gehörshallucinationen, von da an erholte er sich nicht mehr, bald beklagte er sich, dass man sich gegen ihn verschworen, bald gab er drückende Schmerzen in den Eingeweiden an. Dann wollte er durchaus keine Nahrung zu sich nehmen. Der Puls wurde endlich intermittent und nach 21 Monaten der Kur starb der Kranke.

Die Nekroskopie zeigte eine Verwachsung der Pia mater mit den rechtsgelegenen oberen Occipitalgehirnwindungen (in der Ausdehnung eines Halbdollars). Die mittlere Gehirnarterie rechts war Sitz einer circumscripten chronischen Endarteriitis, ebenso die Basilararterie.

Die Hirnwindungen etwas abgeflacht, der Seruminhalt der Ventrikel etwas mehr als normal.

Nahe der Longitudinalfissur, im oberen Theile der rechten Occipitalgegend, entsprechend dem Meningealentzündungsherde, war das Gehirn indurirt, die graue Substanz atrophisch, die Neuroglia der weissen Substanz vermehrt.

Die Urethra zeigte eine Strictur. Am übrigen Körper nichts Abnormes wahrzunehmen.

Gleich Heubner leitet Verf. den obigen Befund im und am Gehirne von der Lues ab.

Bulkley stellte (**28**) einen jungen Mann von 22 Jahren vor, der an florider secundärer Lues leidet: papulosquamöses Exanthem, Halserscheinungen, frische Drüsenschwellung am Ellbogen und Hals. — Derselbe bietet jedoch noch ein anderes Symptom, das Fournier vor 10 Jahren bereits hervorgehoben und Verf. auch nicht selten bei florider secundärer Lues gesehen haben will: eine mehr oder weniger hochgradige Analgesie der Haut, so dass Nadelstiche, Durchbohrung ganzer Hautfalten entweder gar nicht oder nur unbedeutend schmerzhaft sind. — Eine besondere Ursache weiss Verfasser nicht anzugeben.

Fournier hat (**29**) in der secundären Periode der Syphilis auftretende Krampfanfälle beobachtet, die ganz unter dem Bilde des gewöhnlichen epileptischen Anfalles verliefen, stets gleichzeitig mit einer frischen Eruption auf Haut oder Schleimhäuten auftraten und unter entsprechender Behandlung mit den übrigen Symptomen der Syphilis wieder verschwanden. Wohl zu trennen ist diese Form von der tertiären syphilitischen Epilepsie, die in einer viel späteren Periode der Syphilis und stets gleichzeitig mit anderweiten schweren Hirnläsionen auftritt. Vf. hat 12 Fälle beobachtet, wovon er drei ausführlich beschreibt.

Pellizzari berichtet (**30**) über 3 Fälle von Epilepsia syphilitica. In dem ersten dieser Fälle war der Kranke 38 Jahre alt

und 16 Jahre früher mit Syphilis cut. behaftet gewesen, wovon die Narben noch bei der Aufnahme sichtbar waren; die Krämpfe waren (seit ca. 1 Jahr) im Bereiche der linken Gesichtshälfte und der linken oberen Extremität zu beobachten, auch die unwillkürliche Stuhl- und Harnentleerung fehlten nicht. Kurz nachher schien auch der linke Unterschenkel bei den einzelnen Anfällen in Mitleidenschaft gezogen zu sein, noch später der ganze Körper. Eine bedeutende Temperaturerhöhung ging dem letalen Ende voraus. — Bei der Section wurde zwischen Stirnlappen und Dura mater eine Verwachsung und die Corticalsubstanz des Gehirnes durch Bindegewebe ersetzt gefunden.

In dem zweiten Falle litt der 8jährige Patient nach Angabe der syphilitischen Mutter nur kurze Zeit an einseitigen Convulsionen; ausser der Verdichtung der Pia meninx des rechten Paracentral- (Stirn) lappens konnte dafür keine directe Urache constatirt werden.

Ein dritter, 36 Jahre alter Kranker war seit 16 Jahren syphilitisch und seit 2 Jahren epileptisch, d. h. er bot anfangs nur Kopfschmerzen, später Stottern und Krämpfe, dann Aphasie dar. Zu gleicher Zeit mit dem Kopfweh trat ein Geschwür an der Unterlippe auf, welches erst nach einer Frictionskur verheilte, letztere hatte aber auf die rechtsseitigen Convulsionen keinen Einfluss; es trat sogar während der Quecksilberkur Gedächtnissschwäche hinzu. Das Bewusstsein war angeblich noch kurz vor dem Tode ungetrübt, dies war auch während der zuletzt beide Seiten betreffenden Anfälle der Fall. Eine Temperaturerhöhung war der Vorbote des letalen Ausganges. Die Rindensubstanz des linken Stirnlappens des Gehirnes war in diesem Falle bis zu den Corpor. striat. erweicht gefunden, die Gehirnhäute, entsprechend dem Krankheitsherde, stark verdichtet, verwachsen.

31. **Lang.** Ueber Mastitis und Parotitis syphilitica. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 9, 28. Febr. 1880.)

32. **Van Harlingen.** Drei Fälle von syphilitischer Muskelcontractur. (Americ. Journal of the med. sc. April 1880.)

33. **Henop.** Ein Fall von luetischer Erkrankung der Lungen. (Deutsches Archiv f. klin. Med. XXIV. S. 250, 1879.)

34. **Schwimmer.** Ueber Pigmentsyphilis. (Wiener med. Blätter Nr. 17, 18, 20, 1880.)

35. Huber. Ueber syphilitische Gefässerkrankung. (Virchow's Archiv LXXIX. Bd. S. 537, 1880.)

36. Deahna. Ein Fall von hämorrhagischer Syphilis. (Württ. Corr.-Bl. XLIX. 40. 1879.)

37. Pellizzari. Incomplete spontane Fractur in Folge von Syphilis. (Giorn. Ital. delle mal. ven. 6. Heft, Dezemb. 1879.)

Lang beschreibt (**31**) einen Fall von Syphilis, bei welchem Brustdrüse und Parotis ergriffen waren, bei einem Individuum, das auch sonst Zeichen von Syphilis aufwies.

Den 14. Jänner 1879 liess sich auf seiner Klinik eine 39 Jahre alte Frau aufnehmen, welche erzählte, bis vor vier Jahren nichts Auffälliges an sich beobachtet zu haben. Seit jener Zeit hat sie zu kränkeln begonnen und sich nicht mehr recht wohl gefühlt. Zuerst stellten sich Kopfschmerzen ein, die einen ganzen Winter hindurch anhielten; bald darauf bildeten sich am Nacken eiternde und borkige Stellen, die nur wenig Tendenz zur Heilung zeigten. Während eine ähnliche Verschwärung an der Oberlippe nach zwei Monaten auf Touchirungen mit Lapis zuheilte, währte der verheimlichte Ausschlag am Nacken ein volles Jahr. Vor zwei Jahren erkrankte die linke Nackenhälfte, wo sich noch grössere und tiefere Geschwüre ausbildeten; Heilung ohne Therapie im Sommer 1878. Anfangs November 1878 stellten sich Halsschmerzen ein, die auf Leberthran sich besserten. Vor acht Tagen klagte Patientin über Magenschmerzen, die bald nachliessen. Einige Tage darauf wurde die rechte Brustdrüse schmerzhaft.

Bei der Untersuchung der schlecht genährten und verwahrlosten Patientin fand man die linke Brustdrüse schlaff und welk, die rechte prall gespannt, vergrössert und von einer mässig gerötheten Haut bedeckt. Durch Befühlen, das bedeutende Schmerzen verursachte, gewahrte man in der Drüsensubstanz der kranken Seite eine eigrosse Schwellung, die bis gegen die Peripherie hin mit den zu Erbsengrösse und darüber verdickten Acinis zusammenhing. Die linke Parotisgegend unbedeutend geschwellt — was von der Patientin bisher ganz unbemerkt blieb. Am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand verschieden grosse Narben erkennbar; der linke Arcus palato-glossus von einem frischen Infiltrate geröthet und gewulstet; links von der Uvula war ein Geschwürchen sichtbar. Der Kehldeckel wies links einen übernarbten Defect auf. In der Nackengegend theils pigment-

lose, theils noch pigmentirte zarte Narben in grosser Ausdehnung. Während die Schmerzen in der Brustdrüse auf Einreibungen mit Ung. ciner., dem Extract. Bellad. zugesetzt war, bald nachliessen, schwoll die linke Parotis schmerzhaft an, unter einem mässigen bis 38·6° C. hinanreichenden Fieber, das drei Tage anhielt. — Inunctionen von 2 Grm. Ung. cin. jeden 2. Tag; dieselbe Salbe wurde ausserdem noch über der Parotisgeschwulst eingerieben. Am 20. Jänner erweichte eine Stelle der Parotisgeschwulst. 21. Jänner. Auf eine Incision kam Eiter zum Vorschein; feuchtwarme Umschläge. 27. Jänner. Es floss nur noch klebriges Serum aus; die nunmehr (bis zum Schlusse der Behandlung) mit Jodtinctur bepinselte Parotisgeschwulst war noch so bedeutend, dass der Mund nur sehr wenig geöffnet und der weiche Gaumen local nicht behandelt werden konnte. Erst in der dritten Krankheitswoche trat merkliche Verkleinerung der Parotisgeschwulst ein und ermöglichte die Anwendung der Nasenrachendouche. Am 26. Februar, bis zu welchem Tage die locale Anwendung der grauen Salbe unausgesetzt beibehalten wurde, war in der Brustdrüse gar kein Infiltrat mehr nachweisbar, und auch die Geschwulst der Parotis schien nahezu ganz geschwunden. Bis zum 21. Februar hatte die Patientin, die ein blühendes Aussehen gewonnen hatte und ihre Kräfte täglich zunehmen fühlte, 18 Einreibungen zu 2 Gramm bekommen und erhielt von nun an 1 Grm. Jodkalium pro die. Am 27. Februar waren alle Krankheitssymptome geschwunden; nur das Infiltrat des linken Gaumenbogens hatte sich ein wenig vermindert. 5. März. Das letztgenannte Infiltrat unverändert; Inunctionen wieder aufgenommen.

Den 10. März 1879 wird die Kranke auf ihr dringendes Verlangen, von der Mastitis, Parotitis und dem Geschwürchen neben der Uvula geheilt, aber noch mit einem Infiltrate am linken Gaumenbogen entlassen, nachdem sie im Ganzen 48 Grm. Ung. cin. eingerieben und innerlich 7 Grm. Jodkalium genommen hatte.

Van Harlingen (32) berichtet über 3 Fälle jener seltenen, in Deutschland noch wenig bekannten syphilitischen Bicepscontractur, deren Wesen bislang noch völlig unaufgeklärt ist, da kein Symptom auf eine entzündliche Veränderung am Muskel und Nerven hindeutet. v. H. vermuthet den Sitz der Affection in der Sehne des Muskels. Seine Fälle betrafen sämmtlich Frauen und fielen in das 2. und 3. Halbjahr nach der Infection. In zwei Fällen war (wie gewöhnlich)

die linke Seite, in einem die rechte befallen; auch der Triceps war einmal ergriffen. Gewöhnlich concurrirten allgemeine Muskelschmerzen und Steifigkeiten, die während der Nacht exacerbirten; regelmässig wurde über Nackensteifigkeit geklagt. Der Winkel zwischen Ober- und Vorderarm schwankte zwischen 135° und 170°; Extension über diesen Punkt erzeugte lebhaften Schmerz an der Muskelinsertion. Die Affection begann schleichend und besserte sich langsam auf gemischte (J—Hg-) Behandlung; ein Fall entzog sich derselben. Unna.

Bei einem 18jährigen Schiffer, welcher wegen Magenbeschwerden unter fieberhaften Erscheinungen ins Altonaer Hospital aufgenommen worden war, entwickelten sich nach Henop's Berichte (33) im Spital die Zeichen secundärer Lues, welche durch eine Quecksilberschmierkur mit Erfolg behandelt wurden. 7 Monate später kehrte der Patient ins Krankenhaus zurück. Am Gaumen wurden wiederum Plaques muqueuses gesehen. Der Kranke fieberte (bis 40,6° C.), hustete und hatte wiederholentlich Durchfälle. Man fand über den Lungen Rasselgeräusche, zum Theil crepitirende, aber niemals Dämpfung. Nachdem sich die luetischen Erscheinungen anfänglich unter Gebrauch von Jodkalium zurückgebildet hatten, traten sie späterhin von Neuem auf und Patient ging nach 2 Monaten, nachdem noch eine linksseitige Pleuritis hinzugekommen war, zu Grunde. Bei der Section fand man beide Lungen von derben, weissen Knoten durchsetzt, welche bis Hühnereigrösse angewachsen waren. Nahe den Knoten und innerhalb derselben hatten sich peribronchitische Verdickungen ausgebildet. Bei mikroskopischer Untersuchung erwies sich das Gewebe der Knoten als aus Granulationsgewebe mit verstreuten Spindelzellen bestehend und frei von Riesenzellen. Auch in der Leber fand man einen Gummaknoten.

Ueber 2 Fälle von Syphilis pigmentosa berichtet Schwimmer (34). Bei einem früher arg vernachlässigten Syphilitiker traten, nachdem er eine 30tägige Injectionskur mit Erfolg durchgemacht, nach Aussetzen der Quecksilber- und nachherigen Jodkaliumbehandlung neben zahlreichen linsen- bis daumennagelgrossen dunkel gerötheten Flecken des Stammes und Gesichts, ausserdem einzelne, schmutzigbraune, unregelmässige Flecke an der rechten Thoraxhälfte auf, die keine vorausgegangenen erythematösen Veränderungen an denselben Stellen erkennen liessen. Allmälig nahmen — unter fortgesetztem Ge-

brauch von Jodkalium — auch die rothen Flecke dieselbe schmutzigbraune Färbung an, so dass ganze Hautpartien gleichmässig von letzterer eingenommen waren. Nach einer 4wöchentlichen Inunctionskur trat sichtbare Entfärbung an den meisten Stellen auf.

Im zweiten Falle trat bei einer 34jährigen Frauensperson von dunklem Hautcolorit die Pigmentsyphilis, gleichfalls als Recidiv, nach vorhergegangener specifischer Kur (Inunction) auf. Neben einem ausgebreiteten Erythem und kleinen röthlichen und bräunlichen Flecken zeigten sich Wangen- und Lippengegend ganz dunkel, die Kinngegend ungleichmässig verfärbt. Innerhalb 14 Tagen erschienen in der Nacken-, Brust- und Bauchgegend, sowie am Rücken weitere Colorationen von gleichmässigem, schmutzigem Braun, zwischen dem die normale Hautnarbe an netz- und inselförmigen Streifen sich abhob. Nirgends fand sich eine Spur von Erythem oder Hyperämie an den rasch braun gewordenen Stellen. Zu gleicher Zeit hatten sich Drüsenschwellungen und spec. Angiom entwickelt. Die Pigmentation ging auch hier nach einer längeren Einreibungskur zurück.

Nach dem Befunde von Huber (35) zeigte sich bei einer 22jährigen Syphilitischen, welche an einer allgemeinen Amyloiddegeneration der Unterleibsdrüsen gestorben war, die Intima des unteren Theiles der Aorta, sowie die der Art. cruralis durch zahlreiche, theilweise verkalkte Verdickungen eingenommen, welche nach unten allmälig zunahmen, so dass fast sämmtliche grosse und kleine Arterien der Unterschenkel und der Füsse in vollständig starre kalkige Röhren verwandelt waren, die stellenweise ectatisch, an anderen Stellen durch Verdickung der Wand und Thrombusbildung verschlossen waren. Auch die makroskopisch sichtbaren Arterien der rechten Niere waren in grosser Ausdehnung verkalkt, die Gehirn- und Herzarterien dagegen frei. Vf. nimmt bei der Abwesenheit anderer Ursachen als prädisponirendes Moment dieser nicht specifischen Arterienerkrankung die Syphilis an, und führt als ein ferneres Beispiel eine hochgradige Verkalkung der Gehirnarterien eines syphilitischen Mannes in der Mitte der dreissiger Jahre, bei Ausschluss von chronischem Alkoholismus, an.

Deahna beschreibt (36) folgenden Fall von hämorrhagischer Syphilis bei einer Neugeborenen:

Als das erste ausgetragene Kind einer Frau, welche einmal im

3. Monat abortirte, zweimal todte Früchte im 6. Monat zur Welt gebracht hatte, wurde ein Mädchen geboren, welches gesund erschien und so blieb bis zum 4. Tage, wo es unruhig wurde, die Brust nicht mehr nahm und kleine Blasen an den Füssen zeigte. Besonders auffallend war es, dass das Kind die Arme gar nicht bewegte und dieselben im Bade schlaff in das Wasser hängen liess.

Als Verf. das Kind am 6. Tage sah, war die Nabelschnur abgefallen, Hände und Füsse waren leicht ödematös. An beiden Fusssohlen lag an mehreren Stellen das Corium bloss, desgleichen an der rechten grossen Zehe. An den Fingern und der Nasenwurzel fanden sich Bläschen mit wasserhellem Inhalt, desgleichen an den Rändern der Ohrmuscheln; beide Arme waren gelähmt; die Beine konnten bewegt werden; die Athmung war frei; die inneren Organe erschienen gesund. Sublimatbäder. Am 7. Tage waren die Blasen an den Ohrmuscheln (Pemphigus) confluirt; neue Blasen waren anderwärts entstanden; an den älteren Blasen war der Grund geschwürig geworden. Am 8. Tage waren fast alle Blasen geplatzt, das Corium lag frei. Am 9. Tage bemerkte D. an den Lippen des Kindes dunkelschwarze Krusten, nach deren Abwaschen das Gewebe normal war; nur sickerte aus der Haut der Lippen und des Mundes fortwährend frisches Blut, das Blut kam auch aus mehreren von der Epidermis entblössten Stellen. Neue Bläschen waren nicht aufgetreten.

Am 10. Tage zeigten sich an beiden Unterschenkeln zahlreiche kleinere und grössere Ecchymosen, zwei kleine auch an der Conjunctiva des linken Auges; das rechte Knie war angeschwollen, das Kind schlief nicht, sondern schrie fortwährend.

11. Tag. Blutung aus dem Nabelhöcker und After. 12. Tag. Unaufhörliche Blutung aus dem Mund und aus allen erwähnten Stellen. Am 13. Tage erfolgte der Tod.

Verf. hebt hervor, dass die Angabe Behrend's (siehe diese Vierteljahrsschrift, pag. 509, 1878), die hämorrhagische Form der hereditären Syphilis betreffe vorwiegend Syphilis jüngeren Datums, durch den vorliegenden Fall nicht bestätigt werde.

Spontane Fractur wurde von Pellizzari (37) bei einem circa 22 Monate alten Kinde beobachtet, welches Lues von seiner Amme acquirirt hatte. Die Fractur betraf den rechten Radius, entsprechend dem unteren Diaphysenknorpel. Klinisch liessen sich daselbst Schwel-

lung, Biegsamkeit und grosse Schmerzhaftigkeit constatiren. Anatomisch: Discontinuität der Dia- und Epiphyse, bedingt durch „gelatinforme Degeneration" (Parrot) des Knochens, dieselbe fehlte jedoch an der Ulnarseite, woselbst sich eine Knochenleiste befand, die Fractur war daher incomplet.

38. **van Harlingen.** Ein Fall von Knochensyphilis mit Pseudoparalyse und einem eigenthümlichen intermittirenden Larynxkrampf bei einem Kinde. (Philadelph. med. Times 11. Octob. 1879.)
39. **Parrot.** Die Knochenaffectionen bei hereditärer Syphilis. (The Lancet 1879, vol. I. p. 696. — Chir. Ctlbl. Nr. 5, 1880.)
40. **Glasgow.** Vererbte Nerven-Syphilis. (Philadelph. Medical Times 21. Juni 1879.)
41. **Grossmann.** Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda. (Pest. med. chir. Presse 13 u. 16, 1880.)

van Harlingen berichtet (**38**) über ein 3monatliches Kind syphilitischer Eltern, bei welchem in der 2. Woche nach der Geburt die bekannten Hautaffectionen auftraten, zu denen sich jedoch bald eine intensive Knochensyphilis gesellte. Es traten Verdickungen in der Gegend der Humerusköpfe auf, Lösung in der Epiphysenlinie zwischen oberer Epiphyse und Diaphyse des linken Humerus, Verdickungen beider Humeri in den unteren Partien, Beweglichkeit in den unteren Epiphysenlinien beider Radii und Ulnae, Verdickungen der Ossa carpi, Auftreibungen an den Femora und Tibiae, und ebenfalls solche an den Phalangen des rechten Fusses. Durch die Epiphysenlösungen wurden Lähmungserscheinungen (Pseudoparalysis) hervorgerufen. Die intermittirenden Laryngealspasmen, an welchen das Kind litt, schreibt der Vf. ebenfalls der Syphilis zu.

Die hereditäre Syphilis ergreift nach den von Parrot (**39**) gegebenen Darstellungen des Gegenstandes nächst der allgemeinen Hautdecke am häufigsten das Knochensystem, viel seltener die Muskeln und die Eingeweide. Nur in den seltensten Fällen ist das ganze Knochensystem erkrankt, am häufigsten erkrankt finden sich die Röhrenknochen der Extremitäten und die Kieferknochen, in zweiter Linie folgen die Schädelknochen, Rippen, das Schulterblatt und Darmbein, dann erst die Wirbel und Knochen der Hand und des

Fusses. Sind auch die Knochenveränderungen mannigfach in Form, Farbe, Consistenz etc., so lassen sich doch deutlich zwei Hauptformen unterscheiden, die der Atrophie und die der Hyperplasie. Die Atrophie tritt wieder in zwei Formen auf. Die erstere, welche P. die gelatinöse nennen möchte, befällt besonders die Knochen des Schädels und die langen Röhrenknochen. Hier zeigen im Beginne der Erkrankung die Knochen eine granat- bis rosenrothe oder citronen- bis maisgelbe Farbe; das Mark wird glänzend, durchsichtig, die Markzellen schwinden mehr und mehr, zuletzt bleibt nur ein vascularisirtes fibrilläres Netzwerk mit wässrigem Inhalte übrig. Wird das Knochengewebe selbst in den Bereich der Erkrankung mit hineingezogen, so wird es schnell decalcificirt, die spongiösen Lamellen schmelzen, und es entstehen Hohlräume, erfüllt mit einer „verändertem Marke" ähnlichen Masse. Die zweite atrophische Form, die chondro-calceröse, besteht darin, dass die normal 1 Mm. dicke chondro-calceröse Schicht zwischen Knorpel und Knochen (couche ossiforme Ranvier) mit unregelmässiger Begrenzung an Dicke ausserordentlich zunimmt, indem dieselbe, anstatt sich in Knochen umzuwandeln, knorplig bleibt; nur wird der Knorpel härter, und durch Niederschläge von Kalksalzen fester. Die Blutgefässe verschwinden und an Stelle der Osteoblasten erscheinen mehr oder wenig veränderte Knorpelzellen. Bisweilen tritt diese Veränderung nur an einzelnen Stellen im Centrum der spongiösen Lamellen auf. Beide Processe beeinträchtigen die Festigkeit des Knochens und können zu Fracturen führen, die zum Unterschiede von den bei Rachitis auftretenden Brüchen nicht in der Mitte der Knochen, sondern nahe der Epiphyse erfolgen. Durch Reizung der Bruchenden entstehen intra- und periostale Abscesse, ja durch weitere Fortleitungen selbst eitrige Entzündungen des anliegenden Gelenkes. Diese Fracturen können Paralysen vortäuschen, stets bleibt aber die elektrische Contractilität des Muskels erhalten.

Die zweite Hauptform der syphilitischen Knochenveränderungen möchte P. die osteophytische nennen und diese wieder, je nach der Festigkeit der gelieferten Produkte, in osteoide und rhachitische theilen. Letztere findet sich nur bei Kindern mit einem Alter über 5—6 Monate, erstere bei Kindern jeglichen Alters. Der osteophytische Process befällt mit Vorliebe den Oberarm, dann das Schienbein, in zweiter Reihe Femur und Ulna; sollte er das ganze Knochensystem ergreifen, so ist er an den zuerst genannten Knochen stets am extensivsten entwickelt.

In charakteristischer Weise befällt er am Oberarm den unteren Theil der Diaphyse, an der Tibia die innere, am Femur die vordere und äussere Fläche, an der Scapula die Fossa supra- und infraspinata, am Darmbeine die äussere Fläche. An den übrigen Knochen wechselt der Sitz der Osteophyten, doch treten sie am liebsten an der Partie der Diaphyse auf, welche ein langsameres Wachsthum zeigt, z. B. am oberen Ende der Ulna und des Radius. Die Osteophyten bestehen aus einem mehr oder minder regelmässigen und reichlichen Balkenwerk, das senkrecht zur Diaphyse angeordnet ist; die mit Kalksalzen imprägnirten Balken unterscheiden sich vom Knochengewebe durch eine mehr gelbliche oder rosige Farbe, sind brüchiger und leichter zu schneiden; mikroskopisch zeigen sie keine Structur des Knochengewebes; es fehlen die Knochenkörperchen; dafür sieht man drei- oder vieleckige, sternförmige, anastomosirende Gebilde, die an Bindegewebskörper erinnern. Bei der „rhachitischen" Form, die selten vor dem sechsten Lebensmonate auftritt, bestehen die Osteophyten aus spongioidem (Guérin, Broca) Gewebe von weissem bis gelblichem Aussehen, sie sind wenig vascularisirt und enthalten wenig Mark. Zwischen beiden Formen finden mannigfache Uebergänge statt. Die Folge dieses Processes: Entkalkung, lamellöse und spongioide Umwandlung, sind geringere Festigkeit des Knochens, und von dieser wieder Verbiegungen, partielle oder complete Fracturen, Formveränderungen der Extremitäten, der Wirbelsäule und des Brustkorbes; als functionelle Störungen ergeben sich Schwäche der Extremitäten, besonders beim Gehen, und Erschwerung der Athmung.

Am Schädeldache ist die gelatinöse Degeneration ausserordentlich selten, tritt nur bei ganz jungen Kindern auf und scheint schon intrauterin zu beginnen; sie setzt stets peripherisch ein und geht nur bei rapider und sehr intensiver Degeneration in die Tiefe. Die Osteophytenbildung der älteren Kinder (ein oder zwei Monate nach der Geburt, (siehe denselben Autor, diese Vierteljahrssch. 1879, pag. 490) beginnt um die kleine Fontanelle, sehr selten am Os tempor., Occiput oder dem Arc. supraorbit. Die linsenförmigen Erhebungen von rother, violetter, selbst grauer Farbe sind meist spongiös, selten glatt und hart, wachsen in immer grösserer Zahl und entstehen zuletzt an der Protuberantia front. und pariet.; schliesslich kann das ganze Schädeldach mit Osteophyten bedeckt sein. Hand in Hand mit dieser Osteophytenbildung geht die Verknöcherung der Kopfknochennäthe mit ihren Folgen.

Die spongioide Degeneration bewirkt am Schädel die Ausbildung eines Plagiocephalus und der Craniotabes, welche Formen beide ohne hereditäre Syphilis vorkommen können, aber in ihrer prägnantesten Weise durch dieselbe bewirkt werden.

Glasgow berichtet (**40**) über einen Fall von vererbter Nerven-Syphilis bei einem 11jährigen Knaben, der nach vorhergegangener Masern- und Scharlacherkrankung an krampfhaften Zuckungen der Muskeln des Gesichtes und der Extremitäten, an Gedächtnissschwäche und Kopfweh litt. Aus dem Vorhandensein der Hutchinson'schen Zahnkerben und aus dem Schwunde der krankhaften Erscheinungen nach dem Gebrauche von Jodkalium zieht er den Schluss, dass hier eine vererbte nervöse Syphiliserkrankung vorlag. Schiff.

Grossmann beschreibt (**41**) einen Fall von Syphilis hereditaria tarda. Ein 7jähriges, schwaches und anämisches Mädchen erkrankte im Februar 1878 zuerst an einem Mastdarmknoten. Der Knoten wurde mit der Scheere entfernt. Diese und noch eine zweite Operation verliefen ohne Erfolg, so dass Pat. am 12. December 1878 ins Kinderspital transferirt wurde. Nebst diesem Zustande litt Pat. noch an einem ausgebreiteten, torpiden, serpiginösen Geschwüre an der Innenfläche des rechten Unterschenkels, das zur Zeit der Aufnahme ins Spital bereits seit sieben Monaten bestand und jeder Behandlung trotzte. Gegen die Geschwüre des Mastdarmendes kam der Paquelin'sche Thermokauter in Anwendung und das Unterschenkelgeschwür ward ausgeschabt und antiseptisch verbunden. Im Verlaufe der Behandlung wurde noch ein grösserer periproktaler Abscess und eine hieraus entstandene Mastdarmfistel eröffnet. Pat. wurde nach $1^1/_2$monatlicher Behandlung gebessert entlassen. Zu Hause brachen sämmtliche, hie und da vernarbte Geschwüre auf und Patientin war schon nahe der Erschöpfung, als der Verf. Inunctionen mit rothem Quecksilberoxyd (0,50 : 10,0) anwendete und nach Verbrauch von 6 Grm. rothen Präcipitates einen solch auffälligen Erfolg erzielte, dass sämmtliche Geschwüre vollkommen und weich vernarbten. (Die für die hereditäre Natur der Affection vom Verf. angeführten anamnestischen Daten lassen diese Diagnose nicht als sicher erscheinen. A.)

42. Max Zeissl: Ein Beitrag zur Lehre von der hereditären Syphilis. (Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 50 u. 51, 1879.)

43. **Herm. Zeissl.** Zur Lehre über die Vererbung der Syphilis. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 4 u. 5, 1880.)
44. **Wolff.** Zur Frage der paternen Infection bei hereditärer Syphilis. (Centralbl. f. Chir. Nr. 32, 1880.)
45. **Vajda**: Kann die während der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf das Kind in utero übertragen werden? (Sitzung d. Wiener Ges. d. Aerzte am 19. Dec. 1879 — Wiener med. Wochenschr. Nr. 30, 31, 32, 1880).
46. **Kassowitz**: Derselbe Gegenstand. (Sitzung der Wiener Ges. d. Aerzte vom 2. Jänner 1880 — Wiener med. Blätter Nr. 1880.)

M. Zeissl weist darauf hin (**42**), dass eine die Vererbung der Syphilis betreffende Frage bis jetzt noch nicht gelöst erscheine, nämlich die folgende: Wird das Kind eines zur Zeit der Zeugung gesunden Elternpaares syphilitisch, wenn die Mutter erst während der Schwangerschaft Syphilis acquirirt?

Kassowitz läugne die Möglichkeit der infectio in utero, weil das Contagium der Syphilis stets an ein Gewebselement des kranken Organismus gebunden sei, und daher nur mit diesem Elemente (bei der Infectio in utero den Blutkörperchen) übertragen werden könne; da die Blutkörperchen durch die Placenta nicht durchgehen könnten, sei eine Uebertragung unmöglich. Z. ist jedoch von der Möglichkeit der infectio in utero überzeugt, und theilt einen solchen in der That sehr beweiskräftigen Fall mit, welcher zugleich die von Kassowitz für die wissenschaftliche Sicherstellung eines solchen Falles nothwendig erkannten Bedingungen erfüllt. Diese sind die folgenden:

1. „Muss die Gesundheit des Vaters zur Zeit der Zeugung erwiesen sein."

2. „Muss die Gesundheit der Mutter zur Zeit der Conception feststehen, also die Zeit der Infection genau bestimmbar sein. Letzteres ist nur möglich, wenn entweder der Primärffect selbst, oder wenigstens der erste Ausbruch der allgemeinen Symptome im Verlaufe der Schwangerschaft von dem Beobachter gesehen worden ist."

3. „Die Syphilis des Kindes muss durch unzweideutige Zeichen erwiesen sein. Frühgeburt desselben, Absterben im Uterus, schwächliche Constitution bei der Geburt, baldiger Tod ohne vorhergegangenen Ausbruch der syphilitischen Erscheinungen genügen noch keineswegs zur Annahme der Syphilis bei der Frucht."

Der von Z. beobachtete Fall ist der folgende: Am 20. August 1877 stellte sich ein 36 Jahre alter und seit zwei Jahren verheirateter Mann vor. Am 15. Juli 1877 hatte er seine Frau, welche so wie er bisher stets gesund gewesen war, verlassen; dieselbe war damals im zweiten Monate ihrer ersten Schwangerschaft, Herr X. hatte sich einer Geschäftsreise halber nach Wien begeben. Am 24. Juli hatte er einen ausserehelichen Beischlaf ausgeübt, und die ersten Tage nach demselben keine krankhafte Veränderung an seinen Geschlechtstheilen beobachtet. Ungefähr am 21. Tage nach dem erwähnten ausserehelichen Beischlafe hatte er ein kleines Knötchen am inneren Blatte der Vorhaut bemerkt, dasselbe zerfiel allmälig. Bei der Untersuchung fand sich am inneren Vorhautblatte ein mässig eiterndes, $^1/_2$ Ctm. im Durchmesser haltendes, mit derben Rändern und harter Basis versehenes Geschwür. Die Diagnose wurde auf syphilitische Initialsklerose gestellt, und da noch keine consecutiven Erscheinungen vorlagen, örtlich ein adstringirendes Verbandwasser angewendet und sonst exspectativ vorgegangen. Am 23. September zeigte sich ein maculo-papulöses Syphilid und eine leichte Angina catarrhalis specifica. Diese Symptome schwanden unter einer zweckentsprechenden Jodkali-Therapie bis zum 29. October 1877 fast vollständig, nur war die zerfallene syphilitische Initialsklerose noch nicht ganz überhäutet und fühlte sich dieselbe noch ziemlich hart an. Herr X. begab sich in seine Heimat, um seine Frau von dort nach Wien zu bringen, wo sie ihrer Niederkunft entgegen sehen sollte. Trotz eindringlicher Warnung führte der noch kranke Gatte mit seiner Frau den Beischlaf aus und stellte er anfangs December 1877 seine Frau mit einer deutlichen syphilitischen Initialsklerose am linken kleinen Labium vor. Die Frau stand damals im 7. (Solar-) Monate ihrer Schwangerschaft. Ende December war die Frau mit einem grossmaculösen Syphilide behaftet und wurde, da sich bei Schwangeren die Syphilis sehr langsam involvirt, eine mercurielle Einreibungskur eingeleitet. Am 14. Februar 1878 gebar die Frau an normalem Schwangerschaftsende ein lebendes reifes Mädchen, an welchem sich am 11. Tage nach der Geburt eine Variola syphilitica an beiden Fusssohlen und in den Zwischenflächen der Zehen und ein maculo-papulöses Syphilid an dem übrigen Körper entwickelte. Trotz einer energischen mercuriellen Therapie starb der Säugling nach wenigen Tagen. Eine Nekroskopie wurde von Seiten der Eltern nicht zugegeben. Nach dem Vf. steht nun erstens die Gesundheit des Vaters zur Zeit

der Zeugung fest. Nach Angabe der Frau war sie das letzte Mal am 5. Mai menstruirt gewesen. Wenn zu jener Zeit, wo die Zeugung des Kindes stattfand, der Mann latent syphilitisch gewesen wäre, so hätte er nicht schon wenige Wochen später wieder neue Syphilis acquiriren können, denn die Erfahrung lehrt, dass in so kurzen Zeiträumen eine neue Infection mit Syphilis nicht zu erfolgen pflegt. Aus denselben Gründen ergibt sich, dass die Mutter zur Zeit der Conception gesund gewesen sein muss, weil das Auftreten der primären und der ersten consecutiven Erscheinungen während der Schwangerschaft beobachtet wurde.

Dass das Kind an hereditärer Syphilis litt, zeigte erstens die Form des Exanthems Variola syphilitica (Pemphigus syphiliticus), die ja beinahe charakteristisch für angeborene Syphilis ist, zweitens das Fehlen eines Primäraffectes, und drittens, dass überhaupt das Kind gar keine Zeit gehabt hätte, die Syphilis extra uterum zu erwerben, da schon am 12. Tage nach der Geburt deutliche Zeichen der allgemeinen Syphilis an dem Kinde zu bemerken waren.

Es steht durch diesen Fall also fest, dass, wenn beide Eltern zur Zeit der Zeugung der Frucht gesund waren, in einzelnen Fällen das Kind doch syphilitisch werden kann, wenn die Mutter erst im Verlaufe der Schwangerschaft mit Syphilis inficirt wird. Vf. will nur noch bemerken, dass die Frau nach normalem Verlaufe des Wochenbettes eine Iritis specifica überstand, und im Juli 1878 sich Gummata in der Haut der Unterschenkel entwickelten. Im Juli 1878 und Februar 1879 abortirte die Frau, das eine Mal im dritten, das andere Mal im zweiten Monat der Schwangerschaft. Seit Juli 1879 befindet sie sich sowie ihr Mann ganz wohl. Die Frau war, nachdem sie das Wochenbett verlassen hatte, einer Jodkali- und später einer Zittmannschen Kur unterzogen worden.

Nach den vorliegenden Erfahrungen glaubt der Vf. für die Modalität der Vererbung der Syphilis folgende Sätze annehmen zu können:

1. Ist eines der Eltern zur Zeit der Zeugung des Kindes syphilitisch, so kann das Kind syphilitisch werden.

2. Es gibt Fälle, in denen syphilitische Eltern, selbst während recente Syphilis-Formen an ihnen zu constatiren sind, gesunde Kinder zeugen.

3. Wenn eine zur Zeit der Zeugung gesunde Mutter ein von seinem Vater her hereditär-syphilitisches Kind zur Welt bringt, so ist

die Mutter zum mindesten latent syphilitisch, weil noch nie beobachtet wurde, dass eine Mutter, die ihr hereditär-syphilitisches Kind säugte, von diesem inficirt worden wäre.

4. Waren beide Eltern zur Zeit der Zeugung gesund und acquirirt die Mutter erst während der Schwangerschaft Syphilis, so kann das von der Zeugung her gesunde Kind doch syphilitisch werden. In einem je späteren Schwangerschafts-Monate die Infection der Mutter erfolgt, um so wahrscheinlicher ist es, dass das Kind gesund bleibt, weil das Contagium der Syphilis eine kürzere Spanne Zeit hat, um auch auf das Kind einzuwirken.

5. Je recenter die Syphilis der Eltern, umso wahrscheinlicher ist die Infection des Kindes, und um so schwerer pflegen die Formen der Syphilis des Kindes zu sein. Gewöhnlich werden die Kinder todt oder mit einem Syphilide behaftet geboren.

6. Ist die Syphilis in den Eltern nur mehr latent vorhanden, so pflegt die Syphilis am Kinde sich erst längere Zeit nach der Geburt desselben zu entwickeln. Schwerere Formen sind dann seltener, fehlen aber auch dann an den Kindern solcher Eltern nicht.

Mit Berufung auf den obigen Fall und auf eigene Erfahrungen constatirt Zeissl sen. (**43**), dass eine zur Zeit der Zeugung gesunde Mutter, wenn sie von einem luetischen Gatten befruchtet wird und ein vom Vater her syphilitisches Kind in utero trägt, fast ausnahmslos selbst luetisch werde. Es sei jedoch schwierig zu entscheiden, ob die Frau durch das Sperma des Mannes oder durch den Placentarkreislauf vom syphilitischen Fötus aus inficirt wird. Verf. habe öfters beobachtet, dass Männer mit recenter, aber latenter Syphilis ihre früher gesunden Frauen durch das Sperma inficirten, ohne sie zu schwängern; doch scheint es wahrscheinlicher, dass die meisten derartigen Infectionen der Mutter durch den Placentarkreislauf erfolgen.

Die Ansichten, welche Wolff (**44**) nach 17 eigenen und 28 in der Strassburger Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis beobachteten Fällen in Bezug auf die paterne Infection aufstellt, sind folgende: In jedem Falle, in welchem die Mutter syphilitisch ist, wird das Kind ebenfalls syphilitisch geboren, oder es erfolgt ein Abort. Ist der Vater syphilitisch und die Mutter bleibt gesund, so werden die Kinder gesund geboren und bleiben gesund. Verf. läugnet die

paterne Infection vollständig; er will niemals ein hereditär syphilitisches Kind gesehen haben, an dessen Mutter er nicht mehr oder minder ausgeprägte Zeichen von Lues fand, oder welche nicht zugab, syphilitisch gewesen zu sein. Ricord's Choc en retour und v. Baerensprung's Infection durch Zeugung entbehren nach Verf. der thatsächlichen Begründung; eben so sei die in Folge paterner Erkrankung erst nach Jahren auftretende „tardive hereditäre Syphilis" noch vollständig unbewiesen.

Bei dem innigen Zusammenhange, welcher zwischen Mutter und Kind während des Fötallebens besteht und bei der eminenten Contagiosität der Lues erscheint es v. Vajda (45) von vorneherein unwahrscheinlich, dass die syphilitische Infection lediglich und stets nur auf die Mutter beschränkt bleibe. Vajda findet es natürlich, dass die überwiegende Mehrzahl der Autoren seit jeher der Ansicht huldigte, dass eine Uebertragung des syphilitischen Contagiums von der Mutter auf das Kind (in utero) auch nach der Conception wohl möglich ist.

Unnatürlich, unlogisch scheint es ihm, wenn manche Autoren behaupten, dass die grosse resorbirende Fläche der Placenta zur Aufnahme des syphilitischen Giftes nicht genüge; während eine immens kleine Stelle der Haut dem luetischen Contagium durch einen unvergleichlich kleineren Zeitraum (als dies bei der Placenta der Fall ist) ausgesetzt, zur Infection ausreiche, wie die Erfahrung tagtäglich lehrt.

Die in der Literatur vorfindlichen Benennungen für den in Rede stehenden Infectionsmodus findet V. unpassend; er schlägt daher im Sinne Augerius Ferrierius die Bezeichnung „post conceptionell-humorale Infection" vor.

Die Negation der Möglichkeit der post conceptionell-humoralen Infection führt V. hauptsächlich auf zwei Gründe zurück: in früherer Zeit hat man sie geläugnet, weil man sich die Sache nicht recht erklären konnte und weil man über das syphilitische Gift, die Art und Weise der Infection noch mangelhaftere Kenntnisse besass, als dies z. B. heute der Fall ist, wofür V. mehrere Beispiele aus der älteren Literatur anführt.

In neuerer Zeit — nachdem die so wichtige Vermittlerrolle des Blutes (in Bezug auf die syphilitische Ansteckung) bekannt wurde, finden sich wohl auch Autoren, welche die Möglichkeit der post conceptionell-humoralen Infection in Zweifel ziehen. Der Grund hiefür ist

aber nach V. darin zu suchen, dass man bei der Beobachtung der hieher gehörigen Fälle nicht mit der nöthigen Vorsicht zu Werke ging, dass man schon auf Grund einer beschränkten Anzahl von Beobachtungen — also voreilig Schlüsse zog, auch ist es nicht ohne Beispiel, dass man beide Fehler zugleich beging.

Einer eingehenden Analyse werden hierauf die 4 Beobachtungen von Mandron (1856) und der Fall von Hennig gewürdiget, welche als Belege für die vielerwähnte Intransmissibilität gelten, welche V. jedoch für nicht beweisend erklärt. Bei Gelegenheit der Besprechung der von Bärensprung angeführten 14 Fälle weist V. auf die Rosen'sche Statistik hin, wonach nahezu 10% der Fälle von Syphilitis hereditaria sich erst nach Ablauf von drei Monaten als solche manifestirten; also entsprechend lang war die Beobachtungsdauer in den B.'schen Fällen nicht, abgesehen von anderen Mängeln, welche er ebenfalls bespricht und durch Beispiele illustrirt. Kassowitz's Beobachtungen (1875) sind noch weniger zahlreich. V. erscheint es unstatthaft, dass man auf Grund von sechs negativen Fällen (so viel enthält K.'s Schrift) die Möglichkeit des Vorkommens der post conceptionell-humoralen Infection des Fötus für Tausende von Fällen läugnet.

Nach einigen berichtigenden Worten betreffs der Pick'schen 61 Beobachtungen, deren mehrere Fälle betreffen, wo während der Schwangerschaft inficirte Mütter luetische Kinder zur Welt brachten, wendet sich V. an die Bedingungen der Beweiskraft der Beobachtungen in der vorliegenden Frage, und erörtert ausführlich, dass zur Constatirung des syphilisfreien Zustandes der Eltern die von Kassowitz eingehaltene Methode einer auf Kopf, Hals, Arme und Schienbeine beschränkten, die Genitalien nur ausnahmsweise umfassende Untersuchung nicht genüge. Fälle dagegen, wo der syphilisfreie Zustand der Eltern zur kritischen Zeit mehr indirect durch Inoculabilität erwiesen ist, sind schon in der Literatur verzeichnet, nur bekannt sind sie wenig. (Doepp 1839, Chabalier 1864, de Meric.)

Diese indirecte Methode hält nun V. für eine viel zweckmässigere und theilt schliesslich einen analogen Fall aus eigener Beobachtung mit, wo die Mutter noch kurz vor der Erkrankung auf Lues untersucht und nach genauer Untersuchung — so weit dies eben constatirbar ist — syphilisfrei befunden wurde. Der Vater hatte die Lues — als die Frau schon im 4.—5. Monate schwanger war — acquirirt und dieselbe im 7. Graviditätsmonate der Gattin mitgetheilt, worauf

letztere noch während der Dauer der Schwangerschaft einen harten Schanker bekam. Der Vater zeigte die allgemeinen Symptome, ein lenticulär-maculöses (dann papulöses) Syphilid, genau nach der 7. Woche post coitum infect. Die Mutter bot erst nach Ablauf der Schwangerschaft Papeln an den Tonsillen und das Kind Papulae, Psoriasis, Plaques 7 Wochen p. part. dar, das Kind wurde auch auf die Eventualität einer Extrauterininfection hin untersucht und solche dann ausgeschlossen.

V. hält dafür, dass schon nach diesem einzigen, von ihm beobachteten Falle die Möglichkeit der post conceptionell-humoralen Infection keinem Zweifel unterliege, mit anderen Worten, es sei anzunehmen, dass die während der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf das Kind (in utero) übertragen werden kann. Ueberdies sei die durch die Erfahrung und durch ein Experiment Caspary's sichergestellte Thatsache, dass die Mütter syphilitischer Kinder, wenn sie scheinbar gesund geblieben, gegen das syphilitische Contagium unempfänglich seien, ein Beweis dafür, dass solche Mütter nicht als gesund, sondern als latent syphilitisch betrachtet werden müssen, und somit sei auch die post conceptionell-humorale Infection der Kinder von diesen Müttern her nicht ausgeschlossen.

Zu dem eben referirten Vortrage von Vajda bemerkt Kassowitz: (46) Er könne sich nicht auf jenen einzelnen Fragepunkt beschränken, welchen Vajda aufgeworfen hat, nämlich auf die Frage nach der Möglichkeit der intrauterinen Infection des von der Zeugung her gesunden Fötus durch die erst im Verlaufe der Schwangerschaft syphilitisch gewordene Mutter vermittelst der placentaren Säftezufuhr, weil diese Frage, losgelöst von den übrigen Fragen, welche sich an die Vererbung der Syphilis knüpfen, nicht zu beantworten sei.

Es handle sich nämlich darum, ob die Syphilis zu denjenigen Infectionskrankheiten gehöre, welche wie die Variola und einige andere acute Exantheme, nur durch diese Saftströmung dem Fötus übermittelt werden und denselben im Verlaufe der Schwangerschaft krank machen können; oder ob dieselbe in der Weise vererbt werde, wie andere constitutionelle Krankheiten, oder wie Geisteskrankheiten, Epilepsie, deren Uebertragung offenbar nur durch die Spermazelle oder das mütterliche Ei stattfinde, und bei denen eine Uebertragung durch die placentare Saftströmung ausgeschlossen sei.

Um zur Entscheidung darüber zu gelangen, müsse vor Allem die ganz concrete Frage auf dem Wege der Beobachtung entschieden werden, ob es beobachtet wurde, dass Frauen, welche selbst frei von Syphilis sind, von einem syphilitischen Manne hereditär syphilitische Kinder gebären. Die Frage sei nun auf Grund vollbrachter eigener Beobachtungen und in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl sämmtlicher anderer Beobachter zu bejahen. Namentlich in Findelanstalten sei es sehr häufig, dass die gesunden Mütter gleichzeitig mit ihren hereditär-syphilitischen Kindern durch längere Zeit beobachtet werden. Bednár habe in der Wiener Findelanstalt 99 Fälle beobachtet, in späteren Berichten derselben Anstalt finden sich 166 derartige Fälle verzeichnet. Dadurch sei also die Uebertragung der Syphilis vom Vater auf die Frucht auf dem Wege der inficirten Spermazelle sichergestellt, und auch die ovuläre Uebertragung von Seite einer kranken Mutter — unabhängig von der placentaren Infection — im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht.

Es wird nun weiter die Frage aufgeworfen, ob solche Mütter auch späterhin gesund bleiben, oder ob sie dadurch, dass sie einen syphilitischen Fötus während der Schwangerschaft ernährt und mit ihm die Säfte ausgetauscht haben, das syphilitische Gift in sich aufnehmen und auf dem Wege der Retroinfection syphilitisch werden.

K. constatirt nun, dass er, ebenso wie eine grosse Anzahl von anderen Beobachtern, durch jahrelange Controlirung des Gesundheitszustandes solcher Mütter zu der Ueberzeugung gelangt sei, dass dieselben auch nach wiederholten syphilitischen Geburten dauernd frei von jedem syphilitischen Symptome geblieben seien.

Ausserdem spreche für die Gesundheit dieser Frauen auch der wichtige Umstand, dass dieselben, wenn die Vererbung von Seite ihres Gatten wegfällt, sofort gesunde Kinder zur Welt bringen können, während Individuen, welche erst in den letzten Jahren syphilitisch geworden sind, wenn ihre Krankheit nicht durch energische Merkurialkuren bekämpft wurde, nicht nur unter allen Umständen syphilitische, sondern auch immer schwer afficirte Kinder zur Welt bringen, welche ihrer Krankheit entweder schon im Mutterleibe erliegen, oder auch frühzeitig, lebend aber nicht lebensfähig geboren werden. Die nicht von aussen her inficirten Mütter syphilitischer Kinder gebären aber trotzdem gesunde Kinder: 1. wenn die Vererbungsfähigkeit des Gatten durch die lange Dauer der Krankheit

aufhört; 2. wenn dieselbe durch eine energische Kur bei dem Gatten allein unterdrückt wurde; 3. wenn die Frauen eine zweite Ehe mit einem gesunden Manne eingegangen sind. Sie erweisen sich also auch in dieser Richtung als frei von Syphilis.

Der Vortragende bespricht nun auch die Immunität solcher Frauen gegen eine äussere Infection mit Syphilis, welche sich namentlich durch die Unschädlichkeit des Säugens ihrer Kinder documentire, selbst wenn diese geschwürige Affectionen an den Lippen und an der Mundschleimhaut aufweisen, und welche auch neuerdings durch einen erfolglosen Impfversuch bestätigt wurde, den Caspary an einer Mutter angestellt habe, welche, obwohl sie eine syphilitische Frucht geboren hatte, dennoch frei von allen syphilitischen Erscheinungen geblieben war. Eine solche Immunität scheine also wirklich vorhanden zu sein. Aber die Immunität gegen eine Infectionskrankheit ist noch nicht diese Infectionskrankheit selbst. Ein Vaccinirter z. B. ist einige Zeit hindurch immun gegen Variola, ohne jemals Variola gehabt zu haben. Es seien auch Fälle bekannt, wo die erfolgreiche Vaccinirung einer Schwangeren auch die Immunität der Kinder gegen Vaccine zur Folge gehabt habe (Anderhill 1874), und Rickert habe sogar sämmtliche Lämmer von 700 Schafen, welche er mit Ovine während der Trächtigkeit geimpft habe, immun gegen die Ovine gefunden. Hier müsse sich also ein immun machendes Agens von der vaccinirten Mutter durch die placentare Saftströmung dem Fötus mitgetheilt haben, und dieser sei immun geworden, ohne selbst eine Vaccinepustel gehabt zu haben. Es sei also immerhin denkbar, dass sich von dem syphilitischen Fötus das immun machende Agens durch den placentaren Säfteaustausch den Säften der Mutter mitgetheilt und diese gegen die Syphilis immun gemacht habe, ohne dass das Gift selbst in den mütterlichen Organismus eingedrungen sei und diese krank gemacht habe. Denn da man an einem solchen Individuum kein Symptom der Syphilis gefunden hat, und dasselbe auch gesunde Früchte zur Welt bringt, sobald die väterliche Vererbung wegfällt, so müsse es als nicht syphilitisch betrachtet werden; und da andererseits das Gift sicherlich im Fötus schon während der Schwangerschaft vorhanden sei, so müsse man annehmen, dass dieses Gift die Scheidewände zwischen dem fötalen und mütterlichen Gefässsysteme in der Richtung vom Fötus zur Mutter nicht überschreiten könne.

Es fragt sich nun, ob das Gift diese Scheidewände in

umgekehrter Richtung passire. Dies wäre der Fall, wenn constatirt wäre, dass beide Eltern zur Zeit der Conception noch gesund waren, die Frau im Verlaufe der Schwangerschaft syphilitisch wurde, und dennoch ein hereditär-syphilitisches Kind geboren wurde. K. erklärt nun, dass er in der ganzen Literatur keinen einzigen Fall gefunden habe, welcher allen Anforderungen entspreche, weil fast in allen diesen Fällen über den Zustand des Vaters zur Zeit der Geburt gar nichts bekannt sei, die Zeit der Infection der Mutter nur sehr selten wirklich bekannt, und häufig sogar die Syphilis der Kinder durchaus nicht sichergestellt gewesen sei. Dagegen war es zweifellos, dass in vielen solchen Fällen gesund bleibende Kinder geboren werden. Die meisten Autoren, welche die intrauterine Infection annehmen, geben ausdrücklich zu, dass in vielen Fällen auch von solchen, während der Schwangerschaft inficirten Frauen gesunde und gesund bleibende Kinder geboren werden (Bertin, Rosen, Diday). Directe Beobachtungen werden von Hennig und in grosser Zahl von Baerensprung mitgetheilt. Auch Pick und v. Ritter haben gefunden, dass Frauen mit frischen Formen allgemeiner Syphilis gesunde Kinder geboren haben. Daraus musste man nun schliessen, dass wenigstens in vielen Fällen das syphilitische Gift auch von der Mutter zum Fötus nicht übergehe, und es war der Schluss gestattet, dass die Syphilis überhaupt nur auf dem Wege der Vererbung durch die vergifteten Fortpflanzungszellen auf die Nachkommen übergehe, und dass das Gift die Scheidewände zwischen dem fötalen und mütterlichen Kreislaufe nach keiner Richtung hin überschreite.

Damit stimmte auch die später bekannt gewordene Beobachtung Bollinger's, dass die Milzbrandbacterien gleichfalls von dem trächtigen Thiere nicht in das Blut des Fötus übergehen, weil dieses weder Bacterien enthält, noch sich als giftig bei der Ueberimpfung erwies.

Der Fall von Vajda, welcher die placentare Infection der Frucht erweisen soll, sei aus dem Grunde nicht verwendbar, weil die allgemeinen Erscheinungen der Syphilis bei der Mutter erst nach der Entbindung zum Vorschein kamen. Dagegen würde ein von Zeissl junior mitgetheilter Fall (siehe oben) allerdings eine solche Infection beweisen, es sei dies aber bis jetzt der einzige solche Fall, und es sei daher nicht gestattet, aus demselben weitgehende Schlüsse zu ziehen. Vielmehr könnten diese ausserordentlich wichtigen Fragen nur durch syste-

matische combinirte Beobachtungen an den Gebäranstalten, syphilitischen Abtheilungen und Findelhäusern endgiltig gelöst werden.

47. **Sperk.** Zur Syphilis-Statistik der weiblichen Bevölkerung von St. Petersburg. (Petersb. med. Wochenschr. III. 14 bis 19. 1878.)
48. **v. Sigmund.** Ueber die allgemeine Behandlung Syphilitischer während der ersten Periode der Erkrankung. (Wiener med. Wochensch. Nr. 16—18, 1880.)
49. **v. Sigmund.** Zur Behandlung der Psoriasis palmaris und plantaris syphilitica. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 41, 1879.)
50. **Krówczyński.** Ueber das Verhalten der Syphilitischen bei der Einreibungskur. (Przegląd lekarski Nr. 1, 2, 3, 4, 1879.)
51. **Grefberg.** Ueber die subcutane Behandlung der Syphilis mit Bicyanuretum Hydrargyri. (Akad. Abh. Stockholm 1879.)
52. **Güntz.** Ueber subcutane Injectionen mit Bicyanuretum Hydrargyri bei syphilitischen Erkrankungen. (Wiener med. Presse Nr. 12—19, 1880.)
53. **Reumont.** Chrysophansäure (Chrysarobin) bei der Behandlung von Syphiliden. (Chir. Ctlbl. Nr. 3, 1880.)
54. **Mosengeil.** Derselbe Gegenstand. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 22, 1879.)
55. **Lewin.** Ueber die Wirkung des Pilocarpins im Allgemeinen und auf die syphilitischen Processe im Besonderen. (Charité-Annalen, V. Jahrg., 1880.)
56. **Martin und Oberlin.** Versuche mit Sulfas Cupri gegen Syphilis. (Gaz. méd. 10. April 1880.)
57. **Güntz.** Ueber den Einfluss der russischen Dampfbäder auf die Ausscheidung des Quecksilbers bei Quecksilberkranken. (Dresden 1880.)

Sperk hat (47) als Vorstand des Krankenhauses für syphilitische Weiber in St. Petersburg und unter Berücksichtigung der Polizeiacten über die unter Controle stehenden öffentlichen Frauenzimmer folgende auf statistischen Daten beruhende Punkte aufgestellt:

1. Ueberall bei dem jetzigen Zustande der polizeiärztlichen Comités kann nur eine unbedeutende Anzahl Frauenzimmer, die sich mit

Prostitution abgeben, der polizeiärztlichen Controle unterzogen werden. In St. Petersburg sind in dieser Beziehung günstigere Erfolge erzielt worden als in Paris und Berlin, aber minder günstige als in Brüssel und in Hamburg.

2. Die Anzahl öffentlicher Prostituirter (in Bordellen und einzeln lebender) kann im Verhältniss zur Masse der männlichen Bevölkerung, besonders der Frauenlosen in St. Petersburg nicht als ausreichend bezeichnet werden.

3. In St. Petersburg, wie überall, findet ein ziemlich reger Austausch des Personalbestandes zwischen der öffentlichen und geheimen Prostitution statt.

4. Die Mehrzahl der Frauenzimmer entzieht sich der ärztlichen Controle während der ersten 4 Jahre ihrer Laufbahn.

5. Unter den Personen, welche neu registrirt werden, befindet sich ein bedeutender Procentsatz Solcher, welche in den vorhergehenden Jahren sich der Aufsicht entzogen hatten.

6. Alle Prostituirten, wenn sie 3 Jahre lang ihrem Gewerbe nachgegangen sind, pflegen nach dem Verf. an Syphilis zu erkranken. In jedem Bezirke traf man Bordelle mit einer sehr verschiedenen Zahl syphilitischer Personen; die Zahl derselben war nach den angestellten Erhebungen sehr schwankend bis zu fünf auf zehn Personen; in einzelnen Bordellen kamen sieben und acht Syphilitische auf zehn Mädchen. Es gab aber kein Bordell, in dem alle Prostituirten inficirt waren.

In jedem Bezirke gab es eine grössere Zahl von Bordellen, in denen sich kein einziges Frauenzimmer in jener Krankheitsperiode befand, welche sich durch häufige Recidive äussert.

Verf. kommt nun auf die bekannte Erfahrung zu sprechen, welche er auch statistisch von Neuem erhärtet, dass jede Syphilitische im condylomatösen Stadium, d. h. in den ersten 2 bis 3 Jahren nach der Ansteckung, zu einer Zeit, zu welcher sie „als geheilt“ aus dem Hôspital entlassen in ein Bordell oder sonst wie zur Prostitution zurückzukehren pflegt, eine nahezu sichere und die häufigste Quelle zur Weiterverbreitung der Syphilis sei. Die Contagiosität des secundären Stadiums der Syphilis werde nicht genügend berücksichtigt. Verf. behauptet, gestützt auf eine vierjährige Statistik, dass $^6/_7$ aller von Prostituirten inficirten Männer während des condylomatösen Stadiums angesteckt worden seien; nur $^1/_7$ wird von Frauenzimmern angesteckt, bei welchen ein primärer Anfangs-Schanker, eine Initialsklerose sich

nachweisen liess. Da es nicht durchführbar ist, einer Prostituirten ein mehrjähriges Aufgeben ihres Gewerbes nach erfolgter Syphilisansteckung zu gebieten, so glaubt Verf. es könne auf dem Gebiete der Prophylaxis Grosses geleistet werden, wenn man den Syphilitischen, d. h. „als geheilt Entlassenen“ den Coitus nur mit schon Syphilitischen gestatte und dass man in dieser Weise die aus dem Hospital als gesund entlassenen, wieder eingetretenen Bordelldirnen nach den Stadien ihrer latenten Krankheit gruppire. (Dieser Vorschlag ist unausführbar. A.)

In der ersten Periode der Syphilis (den ersten 6—8 Wochen) pflegt v. Sigmund (48) keine specifische, antiseptische Kur einzuleiten. Ausser der örtlichen Behandlung verlangt er aber frühzeitige Regelung aller hygienischen und diätetischen Einflüsse auf den Pat. Obenan unter den zu beobachtenden Vorschriften stellt er die der Hautpflege, so wie Beachtung der Nasen-, Mund- und Rachenpartien, der Analgegend und bei Weibern der Scheide und besonders der Portio vaginalis. An letzterer finden sich häufiger, als im Allgemeinen bekannt, auch isolirt, Initialerscheinungen; hiermit könnten, wie Verf. andeutet, auch die Erscheinungen der congenitalen (hereditären) Syphilis zusammenhängen. — Treten die ersten über den Kreis der Infectionsstelle hinausgehenden Störungen bei Syphilis auf, die das Lymphdrüsensystem, die äussere und Schleimhaut, Verdauungsapparat und Nervensystem betreffen, so sind Jod- und Brompräparate indicirt, erstere bei stärkerer Entwicklung der Lymphdrüsen, so wie bei Muskel- und Gelenkaffectionen, diese bei Kopfweh, Schlaflosigkeit und Störungen des Gemeingefühls. Diesen Mitteln fügt der Verf. noch des Jodoform (zu $^1/_2$—2 Gramm pro die) bei. Hypertrophische Tonsillen und Uvula trägt man am besten schon im ersten Stadium der Erkrankung ab, da sie später oft sehr unangenehm zu thun machen. Als Mund- und Gurgelwasser empfiehlt S. Lösungen von Bromkali (1:50), Chlorkali (2:50), Carbol- oder Salicylsäure (1:100). Als sicher constatirt erwähnt Verf. den Umstand, dass regelmässig menstruirte Weiber schneller heilen und mildere Krankheitsformen zeigen, als solche mit unregelmässiger Menstruation. Complicationen der Syphilis mit anderen Affectionen, darunter auch Tripper, machen die Prognose ungünstiger.

Nach v. Sigmund (49) hat man an den Sublimatlösungen ein ganz ausgezeichnetes Mittel, um syphilitische Neubildungen der secun-

dären Gruppe: Papeln, Pusteln, Schuppen weit rascher der Rückbildung zuzuführen, als mit jedem anderen. Mit präciser Anwendung vermag man Narben- und Pigmentbildung, ja, die weitere Entwickelung jener Formen überhaupt zu verhüten, sobald man bei ihren ersten Anzeichen — Erythem, Infiltrat der Follikel und Papillen — die betroffenen Hautpartien mit entsprechenden Lösungen (1 : 50—100) 1 bis 2 Mal täglich bepinselt.

Von den Sublimatlösungen zieht Vf. für die äussere Haut jene in Collodium vor, insbesondere bei der Schuppenflechte an Handtellern und Fusssohlen, nächst dieser eignet sich die Alkohollösung für andere Hautpartien, namentlich bei zarterer Beschaffenheit derselben und leichteren Formen von Papeln, Pusteln und selbst Schuppen, während für die Anwendung auf Schleimhäute die Aetherlösung den Vorzug verdient, indem hier der unmittelbaren vorherigen genauesten Reinigung der betreffenden Theile ganz besondere Sorgfalt gewidmet wird.

Unterscheidet man zwischen leichterer und jüngerer, schwererer und älterer Form, so eignet sich für jene die am Morgen vollzogene Bepinselung mit Collodium (1 Sublimat, 1 Oleum lini recens, 15—25 Collodium); die rasch trocknende, elastische und sehr geschmeidige Schicht hängt fest an der Haut an, zumal an den papulösen und psoriatischen Flecken und wird nur bei gar häufigen Reibungen den Tag über abgestossen, nicht aber durch Schwitzen; denn die syphiliskranke Hautstelle liefert keinen Schweiss, Handteller, sowie Fusssohlen haben keine Fettbälge. Am Abend reibt man auf die betroffenen Hautstellen die weisse Präcipitatsalbe (5 Bichlor. Hydrargyri ammoniac., 25 Unguent. simpl.) ein und lässt geschmeidige Handschuhe und Fusssocken anlegen.

Schwerere und ältere Fälle bieten allerlei Complicationen, welche vor, neben und nach der Sublimatbehandlung zu berücksichtigen sind; obenan stehen Schwielen, Risse, derbe Syphilisinfiltrate und eiternde Zellgewebs-Entzündungen, besonders an den Füssen (Ferse, Zehen), Händen und an den Beugestellen. Onychien stellen sich auch nicht gar selten in Verbindung mit Psoriasis ein. Ehe man an die directe Behandlung eben dieser geht, sind alle diese Erscheinungen je nach dem Einzelfalle zu behandeln. In der Mehrzahl der Fälle sind auch namhafte Schmerzen zugegen. Laue, örtliche Bäder mit Lösungen von Carbolsäure (2—5 auf 100 Wasser), von Chlorkali (5 : 100), von Kochsalz (5 : 100) dreimal des Tages wiederholt, hierauf Einreibungen

mit Salben von Bleiacetat (1 : 20), Zinkoxyd (1 : 10) oder Zinksulfat (1 : 25) genügen, um die Haut reiner und geschmeidiger zu machen und zugleich zur Heilung von Rissen und Abscessen dann geneigter zu gestalten, wenn der nöthige Schutz gegen Reibung, Zerrung und Druck damit verbunden wird. Auf die Risse — Schrunden, bisweilen sehr tief gehend und sehr schmerzhaft — legt man wohl angepasste Streifen des grauen Pflasters (Empl. sapon., Empl. hydrargyri aa.), verhindert durch angemessene Verbände Druck und Zerrung der Theile und lagert dieselben zugleich möglichst behaglich. Selbstverständlich berührt man solche wunde Partien nicht mit Sublimatlösungen.

Die Geschichte der Behandlung der Syphilis beweist, dass verschiedene Methoden ersonnen wurden, um diese Krankheit zu heilen, und dass bis zu unseren Zeiten einige dieser Methoden sich erhalten haben. Krówczyński (50) erinnert an die gräulichen Bilder der Salivationskur, hebt die Methoden von Huguenot aus Montpellier und Sigmund hervor und beweist, dass die letztgenannten Methoden einen grossen Fortschritt bilden. Er bekämpft aber die Methoden als Methoden und zeigt, dass dem Individualisiren in der Behandlung der erste Platz gebührt, welches eigentlich jedes methodische Verfahren ausschliesst. Das Detail des Sigmund'schen Verfahrens besprechend, hebt er die Schwierigkeit hervor, alle die Syphilis complicirenden Krankheiten vor der eigentlichen Behandlung zu entfernen, und zeigt, dass es in vielen Fällen gänzlich unmöglich ist. Der Verlauf der Syphilis hängt vom Organismus ab und je gesunder derselbe ist, desto milder ist der Verlauf und desto leichter die Behandlung. Er vergleicht den Einfluss des syphilitischen Contagiums auf den Gesammtorganismus mit dem des Quecksilbers auf Nichtsyphilitische und mit dieser Krankheit Behaftete, erinnert, dass sowohl die Syphilis, wie auch die Quecksilberintoxication ungünstig auf den Stoffwechsel einwirken, und da der Verlauf der Syphilis und ihre Behandlung nur vom Stoffwechsel abhängt, so sei es leicht, den günstigen Einfluss des geförderten Stoffwechsels einzusehen bei einer Krankheit, wie die Syphilis, die den Stoffwechsel herabsetzt. Quecksilber zweckmässig angewandt beschleunigt auch den Stoffwechsel und das ist das grosse Räthsel der jetzigen Behandlung. Das Quecksilber kann aber auch ungünstig wirken, wenn es zu stark den Stoffwechsel beschleunigt, welcher den Körper schwächt

und zuletzt nachtheilig auf den Verlauf der Krankheit wirkt. Daraus ersieht man den Grundsatz der Behandlung, welchen die physiologischen Gesetze der Entwickelung des Organismus bilden mit vorzüglicher Beachtung des erkrankten Individuums, und diesen Grundsatz vor den Augen, wird das Verfahren und das Verhalten der wegen Syphilis Behandelten sehr verschieden sein.

Grefberg gibt (**51**) eine ausführliche Geschichte der Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Injectionen; er bespricht die einzelnen hiezu verwandten Mittel und vergleicht sie in ihrer Wirkung auf die syphilitischen Symptome. In Folge dessen kam er dazu, dem cyansauren Quecksilber als Injectionsmittel seine besondere Aufmerksamkeit zu schenken und er belegt mit einigen fünfzig Krankheitsfällen seine Erfahrungen, die er als zeitweiser Dirigent der syphilitischen Abtheilung des akademischen Krankenhauses in Helsingfors mit diesem Mittel machte. Die Schlüsse seiner Erfahrungen fasste er in folgenden Sätzen zusammen:

Das cyansaure Quecksilber ist, subcutan applicirt, nicht schmerzhaft, macht keine Bindegewebsinfiltrationen oder Abscesse, schädigt die Mund-, Magen- und Darmschleimhaut weniger, als der innerliche Quecksilbergebrauch. Secundär- und Tertiärformen der Syphilis werden durch dasselbe geheilt; jedoch wirkt auf die letzteren die Inunctionscur rascher ein. Das Allgemeinbefinden wird durch dasselbe gebessert. Es ist indicirt, wo die Beschaffenheit der Haut oder des Magens die äusserliche, resp. innerliche Anwendung des Quecksilbers nicht zulassen; ferner wo bei schwachen Individuen kleine aber sichere Mengen Quecksilber eingeführt werden sollen. Auf die cyansauren Quecksilberinjectionen verschwinden die syphilitischen Symptome schneller, als auf den innerlichen Gebrauch von Sublimat, Proto- oder Deuterojoduretum hydrargyri. Recidive werden länger hinausgeschoben und treten milder auf. Dasselbe muss den übrigen, bis jetzt bekannten Mercurpräparaten zur subcutanen Injection vorgezogen werden. Es eignet sich für die Privatpraxis, da man ohne Nachtheil alle zwei Tage 2 Injectionen nach einander machen kann. Es hat einen geringen Preis. Es soll dem innerlichen Quecksilbergebrauche immer vorgezogen werden.

Die Localtherapie muss gleichzeitig aufmerksam angewandt werden; Reinigung des Mundes und der Nase sei nicht zu versäumen.

Das Bicyanuretum Hydrargyri zeichnet sich durch Reinlichkeit, Bestimmtheit der Dosirung und Leichtigkeit der Anwendung aus.

(Schuster — Aachen.)

Güntz veröffentlicht gleichfalls (52) die Resultate von 50 Beobachtungen von subcutanen Injectionen Syphilitischer mit Bicyanetum hydrargyri. Dasselbe ist ein hygroskopisches, an der Luft leicht zersetzbares Präparat, welches Blausäure entwickelt und dabei Quecksilber niederschlägt. Die Lösung darf nur frisch bereitet injicirt werden, da sich dieselbe schon nach einmaligem Oeffnen der Flasche leicht zersetzt.

Der Vf. verwendete zu jeder Injection 0,01 Bicyanetum hydrargyri und machte dieselbe stets am Rücken. Im Allgemeinen machte er den Pat. 20—50, einem sogar 90 Einspritzungen. Die Symptome nach der Injection waren im Ganzen dieselben, wie bei den Injectionen mit anderen Flüssigkeiten; doch traten die Schmerzen sehr in den Vordergrund; ausserdem wurde Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Schwindel, viermal sogar tiefe Ohnmacht beobachtet (durch die bei der Zersetzung des Präparates frei werdende Blausäure?). Zu Abscessbildung kam es nur einmal, dagegen nicht selten zur Bildung von Blasen an der Injectionsstelle und noch häufiger zu einer Hautmumification von der Ausdehnung eines Fünfpfennig- bis Zweimarkstückes. Der lederartige, schwarze Schorf fiel in der Regel in 5—6 Wochen ab und liess eine eingezogene unschöne Narbe zurück; Mercurialismus stellte sich selten ein.

Was die Erfolge betrifft, so soll das Präparat bei schmerzhaften Geschwürs- und Krustenbildungen, bei Knochenschmerzen, sowie überhaupt in vielen Fällen von Syphilis, wo alle übrigen bekannten Methoden sich als fruchtlos erwiesen, eine völlige Beseitigung der Krankheitssymptome auf lange Zeit zu erzielen vermocht haben.

Reumont hat (53) Chrysarobin bei der oft gegen jede specifische Kur resistenten Psoriasis palmaris und plantaris in 12 Fällen mit gutem Erfolge angewandt. R. benutzte eine Vaselinsalbe (1 Th. auf 10 oder 5 Th. Vaseline) während der Inunctionskur.

Auch Mosengeil (54) bestätigt, dass er in 2 Fällen von Psoriasis palmaris, die bei lediglich antisyphilitischer Kur sich gar nicht

besserten, eher schlimmer wurden, schnell guten Erfolg sah, als er gleichzeitig das Mittel anwandte; jedoch trat keine nachhaltige Besserung ein, als dasselbe versuchsweise ohne specifische Medication allein applicirt wurde. Von ihm wurde statt der Chrysarobinsalbe Goapowder selbst mit einer Zahnbürste eingerieben, während die antisyphilitische Behandlung im Gebrauch von Hydrarg. jod. flav. 6—9 Centigramm pro die bestand.

Lewin berichtet (55) über die Erfolge der Pilocarpin-Anwendung bei 32 Syphilitischen. Von diesen 32 Kranken sind 25, also 78% geheilt worden. Diese Thatsache, dass das Pilocarpin überhaupt im Stande ist, die Lues zu beseitigen, sei um so mehr zu accentuiren, als die betreffenden Kranken nicht etwa blos an leichten syphilitischen Affectionen litten, sondern selbst von schweren Formen ergriffen waren.

Nicht geheilt wurden 7, also 22% Kranke. Von diesen wurden während der Behandlung 3 Kranke von Collaps befallen, welcher so bedenklich war, dass eine Unterbrechung der Kur nothwendig erschien. Eine Kranke bekam Blutspeien, eine andere Endocarditis, welche Krankheiten ebenfalls eine Unterbrechung der Kur erheischten. Bei 2 anderen Kranken konnten selbst grosse Dosen Pilocarpin die syphilitischen Affectionen nicht zum Schwinden bringen und ging der Verf. deshalb zur subcutanen Sublimat-Injectionskur über, welche sich auch erfolgreich zeigte.

Die Zeitdauer der Kur betrug durchschnittlich 34 Tage. Die längste dauerte 43 Tage, die kürzeste 14 Tage. Es würde die Behandlung durch Pilocarpin noch kürzere Zeit in Anspruch nehmen, wenn jeden Tag eine Injection vorgenommen werden könnte. Dies ist aber deshalb nicht gut durchzuführen, weil selbst bei Ausbleiben von bedeutenderen intercurrenten Zufällen vor Allem die Patienten sich öfter so angegriffen fühlen, dass man zeitweise einen Ruhetag eintreten lassen muss.

Die Quantität des zur Heilung nothwendigen Pilocarpins betrug im Durchschnitt 0,372 Grm.

Theilt man die Kranken je nach der Intensität ihrer Affection in gewisse Kategorien, so ergibt sich Folgendes: a) Kranke, welche an breiten Condylomen allein litten, bedurften im Durchschnitt 0,30 Pilocarpin. b) Kranke, welche neben breiten Condylomen ein maculöses

Syphilid hatten, bedurften 0,495. Die geringste Dosis betrug 0,255, die grösste 0,675. c) Kranke mit polymorphem Exanthem, namentlich mit maculo-papulo-squamösem Syphilid bedurften im Durchschnitt 0,438. Die grösste Dosis betrug 0,645, die geringste 0,240. d) Kranke, welche neben breiten Condylomen und Exanthem Pharynxulcerationen hatten, bedurften 0,375 Pilocarpin. Die grösste Dosis betrug in diesen Fällen 0,480, die geringste 0,165. e) Kranke, welche neben breiten Condylomen Pharynxaffectionen und pustulöses Exanthem hatten, erforderten im Durchschnitt 0,415. Die grösste Dosis betrug 0,60, die geringste 0,22. f) An gummöser Periostitis litt nur eine Kranke. Diese erhielt 0,315 Pilocarpin im Ganzen.

Aus dieser Uebersicht ergibt sich (? A.), dass das Pilocarpin sich ganz so wie das Quecksilber zu den verschieden intensiven Syphilisformen verhält. Wenn auch im Allgemeinen die leichteren Affectionen eine geringere Quantität des betreffenden Medicaments erfordern, so kommen doch nicht ganz selten Ausnahmen vor, wo grössere Dosen nöthig sind.

Was die Recidivität betrifft, konnte Verf. nur die weiblichen Kranken in Berücksichtigung ziehen, welche unter polizeilicher Aufsicht stehen und im Falle der erneuten Erkrankung nach der Charité zurückgesandt werden, nicht aber die Kranken, welche freiwillig die Hilfe der Charité aufsuchten und von denen es nicht sicher ist, ob sie bei Recidiven wieder zurückkehren. Von diesen 27 der sittenpolizeilichen Controle unterliegenden Frauen wurden 6 % von Recidiven befallen.

Von den 6 Kranken, bei welchen die Syphilis recidivirt war, zeigten 3 Kranke Condyl. lata allein, 1 Kranke Condyl. lata und Exanth. macul., 1 Kranke Ulcera ad tonsill., 1 Kranke Ulcera ad tonsill. und Exanth. macul.

Diese Recidivität bezeichnet Verf. deshalb als vorzüglich günstig, weil einerseits keine der bösen Formen recidivirte, an welchen die Kranken der Kategorie d—f gelitten, andererseits die wirklich eingetretenen Rückfälle nur milde Affectionen darstellten.

Das Zeitintervall, innerhalb dessen die Recidive eintraten, betrug bei 3 Patienten 3 Monate, bei 1 Pat. 10 Monate, bei 1 Pat. 12 Monate. Dies Verhältniss ist dasselbe, wie der Verf. es auch bei anderen Kuren eintreten sah.

Wenn Verf. einen Vergleich anstellt zwischen der Wirksamkeit der Pilocarpin-Kur und der subcutanen Sublimat-Injectionskur, so muss er der letzteren vor der ersteren einen Vorzug einräumen und zwar wegen folgender Momente:

Während durch die Sublimat-Injectionskur innerhalb 14 Jahren in der Charité-Abtheilung des Verf. circa 20.000 Kranke bis auf sehr vereinzelte Ausnahmen, die einen kaum nennenswerthen Bruchtheil bilden, geheilt wurden, konnte bei 2 Kranken unter 32 Fällen durch das Pilocarpin kein hinreichender Erfolg bewirkt werden und musste deshalb die Kur abgebrochen und zu einer subcutanen Injectionskur übergegangen werden, welche sich auch rasch als wirksam bezeugte. Während die durchschnittliche Dauer der Pilocarpin-Kur 34 Tage beträgt, erfordert die subcutane Sublimatkur nur ca. 3 Wochen. Das Verhältniss würde sich noch günstiger gestalten, wenn man auch hier die Kranken mit sehr schweren Formen ausschlösse, welche durch Pilocarpin gar nicht geheilt worden waren. Das Pilocarpin erzeugt aber ferner in Folge seiner stark diaphoretischen Wirkung eine lang zurückbleibende Empfindlichkeit gegen Temperatureinflüsse, und erfordert deshalb während einer Kur-Durchführung, namentlich in der kälteren Jahreszeit, eine ziemlich strenge Zimmerclausur. Dies ist bei der subcutanen Sublimat-Injectionskur keineswegs der Fall. Während nun aber bei der Sublimat-Injectionskur kaum Zwischenfälle eintraten, welche eine Unterbrechung der Kur oder gar eine gänzliche Aussetzung derselben erforderten, traten nach dem Pilocarpin gefährliche Complicationen ein, Collaps, Hämoptoe und Endocarditis. Ausserdem noch andere unangenehme Erscheinungen, insbesondere ziemlich häufig Singultus und Erbrechen.

Martin und Oberlin haben (**56**) nach einer in der Academie de médecine am 6. April von ihnen gemachten Mittheilung in einer grösseren Reihe von Fällen das schwefelsaure Kupferoxyd innerlich mit gutem Erfolge statt des Quecksilbers gegen Syphilis angewandt. Die Erfolge des Verfahrens, welches im Hospital St. Lazare bei den verschiedenartigsten Graden der Krankheit angestellt wurde, sollen diejenigen des Quecksilbers übertreffen; in einem Falle von Ecthyma, Rupia und Gummata wurde ein Erfolg erzielt, nachdem Quecksilber und Jod erfolglos geblieben war. Bei zwei oder drei Kranken zeigte sich als Zeichen der Sättigung des Organismus mit dem Kupfersalze eine Gingivitis,

welche durch einen grünen Saum am freien Rande des Zahnfleisches charakterisirt war, jedoch schwand die Affection verhältnissmässig schnell. Die Gaben waren sehr klein, sie betrugen 4, 8 oder höchstens 12 Milligramm pro die, welche in Lösung verabreicht wurden; äusserlich wurden Vollbäder mit 20 Grm. des Salzes als Zusatz angewandt. Nur in einem Falle stellte sich vorübergehend Erbrechen ein.

Die Wirkung der Dampfbäder auf die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn soll nach Güntz (57) erst am 15.—20. Tage erfolgen. Zuerst müsse gewissermassen vorbereitend der Zerfall der Eiweisskörper erfolgen, dann sei erst die Möglichkeit gegeben, das sich das Hg in den folgenden Tagen ausscheide. Bei 3 Kranken, bei denen das Hg schon längst nicht mehr im Harn nachzuweisen war, fand sich nach Gebrauch der Dampfbäder Hg erst am 15.—20. Tage deutlich aber in geringer Menge vor, während die Untersuchungen desselben Autors über die Ausscheidungen des Hg nach Schwefelwässern und Salzbädern bedeutend günstiger ausfielen, indem er bei denselben nur ganz ausnahmsweise kein Hg nachweisen konnte.

Die nach der Ludwig'schen Methode angestellten Untersuchungen des Schweisses auf Gehalt an Hg nach Gebrauch der Dampfbäder fielen negativ aus, da keine Spur von Quecksilber aufzufinden war.

Schiff.

Buchanzeigen.

Contribution à l'histoire de la Syphilis et de la Tuberculose oculaires. Des gommes syphilitiques de l'Iris et du Corps ciliaire. Par le Dr. E. Nitot. Paris 1880, in 8°. 144 pag., Baillière et fils.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

In lichtvoller Darstellung erörtert Nitot die syphilitischen Gummageschwülste der Iris, welche bekanntlich durch ihre eigenthümlichen Formen und ihren Verlauf längst die Aufmerksamkeit der Ophthalmologen in hohem Grade auf sich gezogen haben. Den Schlussfolgerungen des Verfassers entnehmen wir folgende Punkte:

Das Auge ist vielleicht eines der am häufigsten von Syphilis heimgesuchten Organe.

Die Gummata können in beiden Augen oder in einem allein auftreten, sie stellen ein in der Dicke des Ciliarkörpers ruhendes, begrenztes, im Horizontaldurchmesser des Auges sitzendes Neugebilde dar, welches schnell wächst, die Fasern der Sklera auseinander drängt und in das Episkleralgewebe 4—5 Mm. vom Rand der Hornhaut entfernt vorwuchert und eine Iridocyclitis suppurativa von grosser Intensität hervorruft.

Der Verlauf ist ein rapider, ähnlich jenem eines Sarcoms.

Die Mercurialbehandlung bringt schnelle Heilung.

The Pathology and Treatment of venereal Diseases. By Freemann J. Bumstead and Robert W. Taylor. 4. Auflage, grossentheils neu verfasst. In 8°. 835 pag. Mit 138 Holzschnitten. Philadelphia, bei Henry C. Lea, 1879.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Das Buch, welches der zu früh geschiedene Bumstead in Gemeinschaft mit seinem Freunde, dem in der Wissenschaft wohlverdienten Prof. R. W. Taylor in New-York als vierte Auflage des

Lehrbuchs der Syphilis von Bumstead dem medicinischen Publikum vorgelegt und welches der Letztere auf dem Todtenbette vollendet hat, ist eines der werthvollsten Handbücher, welche wir über diesen Gegenstand besitzen. Vollständige Kenntniss der neuesten Fortschritte des Faches, klare und lichtvolle Darstellung, beständige Rücksicht auf die praktischen Bedürfnisse des Arztes bei strengster Wahrung der wissenschaftlichen Angriffspunkte jedes Themas, eine Fülle von lehrreichen Bemerkungen und Winken machen das Buch zu einer reichen Fundgrube für jeden Lernenden.

Hervorzuheben ist, was den theoretischen Theil betrifft, dass die Verfasser nicht nur die Verschiedenheit des Chancroids von Syphilis, sondern auch die Nicht-Specificität des Giftes des ersteren als über jeden Zweifel erhaben ansehen.

In praktischer Beziehung sind die neueren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, z. B. die Endoskopie bei Urethralkrankheiten, die Abortivbehandlung der Bubonen, die Excision der Sklerosen, die subcutanen Injectionen bei Syphilis universalis u. s. w. erschöpfend gewürdigt. Der Syphilis innerer Organe ist jene Ausführlichkeit gewidmet, welche ihr gebührt und welche in Zukunft verhindern wird, dass diese Specialität der Medicin aus dem Rahmen der Pathologie zum Schaden beider förmlich hinausgeschoben bleibe.

A History of Syphilis reprinted and enlarged from the original paper in the Edinburgh medical Journal, by J. L. Milton. London, Harrison and Sons 1880. 2. Aufl. in 8°. 84 pag.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Das vorliegende Heft fasst in kurzem Raume die wichtigsten Fragen zusammen, welche die Geschichte der Syphilis betreffen. Der Verf. hält es für ausgemacht, dass lang vor 1494 locale venerische Affectionen bestanden, dass sie aber früher nicht constitutionelle Erkrankungen nach sich zogen. Er zeigt ferner, dass die ersten Spuren der Syphilis in Europa früher zu datiren sind als von der fälschlich sogenannten „Belagerung Neapels durch die Franzosen“ und verwirft alle Beziehungen, welche einzelne Autoren der Syphilis zu anderen Krankheiten wie Aussatz, Rotz u. s. w. beilegen. Gegen die Fabel vom amerikanischen Ursprung spricht sich der Verf. sehr entrüstet aus, sucht die französischen Soldaten von dem Vorwurf, die alleinigen Verbreiter der Seuche in Italien gewesen zu sein, zu befreien, wirft

interessante kritische Lichter auf die Schilderungen, welche uns über die Verbreitung und Form der Epidermie im 16. Jahrhundert zugekommen sind, sowie endlich auf alle Behauptungen, welche für unser Jahrhundert in Bezug auf die Zu- oder Abnahme der Verbreitung der Syphilis, sowie auf ihr Verhältniss zu anderen dyskratischen Leiden ohne genügende wissenschaftliche Begründung ausgesprochen worden sind. Die Schrift ist höchst klar geschrieben und wenn sie auch nicht viel neue historische Daten enthält, doch für die unbefangene Würdigung der bekannten Thatsachen von Nutzen.

Varia.

Mit dem Ende des abgelaufenen Schuljahres hat Prof. Dr. Carl v. Sigmund sein 70. Lebensjahr zurückgelegt und ist nach den Bestimmungen des österreichischen Gesetzes von der Lehrkanzel der Syphilidologie an der Wiener Universität zurückgetreten. Der Versuch, welchen die Unterrichtsverwaltung machte, ihn ausnahmsweise noch ein Jahr lang zur Fortführung seiner Functionen zu bewegen, ist nicht gelungen, und so ist denn die Klinik, welche v. Sigmund, man kann sagen, in Wien geschaffen und an welcher er viele Jahre zuerst als ausserordentlicher, dann als ordentlicher Professor gewirkt und seine von Studirenden aus der ganzen Welt besuchten und geschätzten Vorträge abgehalten hat, gegenwärtig verwaist.

Ueber die Verdienste, welche sich v. Sigmund in der Wissenschaft erworben hat, haben wir bei dieser Gelegenheit keinen Grund zu sprechen, da die scientifische Thätigkeit des geistesfrischen Mannes keineswegs mit seiner Lehrthätigkeit abgeschlossen und seine literarische Mitarbeit an den Problemen des Faches, wie wir versichern können, in nicht geringerem Grade als früher zum Ausdruck gelangen wird.

Die Schüler v. Sigmund's haben die letzte von ihm an der Klinik gehaltene Vorlesung zu einer sympathischen Kundgebung des Dankes und der Verehrung für den scheidenden Lehrer benützt. Die Redaction dieser Blätter, bei deren Gründung v. Sigmund nebst seinem dahingeschiedenen grossen Collegen Hebra Pathe gestanden ist, schliesst sich diesen Ovationen mit der Hoffnung an, v. Sigmund's

Namen noch lange Zeit unter den Mitherausgebern und Mitarbeitern der Vierteljahresschrift mit Stolz aufführen zu dürfen.

Bis zur definitiven Ernennung der Vorstände für die beiden Kliniken der Syphilis und der Hautkrankheiten an der Wiener Universität ist deren interimistische Leitung durch die Professoren Zeissl und Kaposi übernommen worden.

Die Amerikanische Dermatologische Association hält ihre vierte Jahresversammlung im Ocean House, Newport, Rhode Island am 31. August, 1. und 2. September 1880 ab.

Folgende Vorträge sind angemeldet: Heitzmann über Hautgeschwülste, Hardaway über Papilloma cutis, van Harlingen über Arzneiausschläge, Hyde über Ainhum, R. W. Taylor über das syphilitische Erythem, Bulkley: Behandlung des Eczems der Hände, Heitzmann: Experimente über Epilation, Atkinson: Das Kerion-Stadium des Ringworm, Duhring: Pityriasis circinata, van Harlingen: Phlyctaenen-Eruption des Gesichtes und der Hände, Graham: Skleroderma, Bulkley: Lichen planus zuerst auf dem Penis auftretend, Greenough: Herpes progenialis, R. W. Taylor: Xanthelasma palpebrarum.

Bibliographie des Jahres 1879.

Dermatologie.

Drittes Verzeichniss. (Fortsetzung von Jahrg. 1879 p. 660 u. 1880 p. 156.)

Albers; Goedecke; Zimmermann, Ueber Errichtungen von Anstalten zum Erzeugen animaler Lymphe. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XXXI. 2. p. 380. Oct.

Allen, Dudley P., Fälle von Scharlach. Boston med. and surg. Journ. CI. 16. p. 540. Oct.

Anderson, T. Mc Call, Ueber d. Fortschritte d. Dermatologie. Brit. med. Journ. Aug. 16.

Antony, Ueber d. Ursachen d. Verschiedenheit in d. Resultaten der Revaccination. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 621. Nov.—Déc.

Atkinson, J. Edmondson, Fall von unvollständiger Vitiligo. Arch. of Dermatol. V. 4. p. 329, 370. Oct.

Atkinson J. E., Ueber d. Dermatologie in Amerika. Arch. of Dermatol. V. 4. p. 366. Oct.

Auerbach, Ludw., Perubalsam gegen Pruritus. Deutsche med. Wochenschr. V. 34.

Baxter, E. Buchanan, Ueber allgem. exfoliative Dermatitis. Brit. med. Journ. July 19. 26.

Becker, H. T. v., Handbuch d. Vaccinationslehre. Zum 100jähr. Gedächtniss ihrer wissenschaftl. Erforschung durch Edward Jenner. Stuttgart. Enke. 8. IV u. 260 S. mit 1 Tafel.

Behrend, Gustav, Ueber ein diffus-entzündl. Opiumexanthem, nebst Bemerkungen über d. Pathogenese d. Arzneiausschläge. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 42. 43.

Behrend, Gustav, Zur allgem. Diagnostik d. Arzneiausschläge. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 48.

Bendz, Viggo, Ueber Masern und Scharlach in Kopenhagen von 1874 bis 1877. Ugeskr. f. Läger 3. R. XXVIII. 28.

Beregszászy, Ueber Herpes laryngis. Wiener medicin. Presse XX. 44.

Bergh, R., Bericht über d. Abtheil. f. Dermat. u. Syphilis im allgem. Hospitale in Kopenhagen f. 1878. Hosp.-Tidende 2. R. VI. 38. 40. 41.

Besnier, Ernest, Fall von Colloidentartung d. Haut, fälschlich Colloid-Millium genannt. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 41.

Bollinger, O., Ueber animale Vaccination. Leipzig. F. C. W. Vogel. 8. VI u. 169 S. mit 15 eingedr. Holzschn.

Bönnemann, Theod., Ueber d. Gebrauch d. Chrysarobins bei Hautkrankheiten. Inaug.-Dissert. Bonn. 8. 28 S.

Brand, Fälle von Opium-Exanthem. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 48.

Brinon, Henride, Pockenepidemie im Civil- u. Militärhospital von Moulins (Allier). Gaz. hebd. 2. S. XVI. 42.

Bronson, Fall von Lichen planus. Arch. of Dermatol. V. 3. p. 263, July.

Bulkley, L. Duncan, Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. V. 3. p. 247. July. — Ungewöhnliche Form von Tylosis palmaris und plantaris. Ibid. p. 252. —, acutes papulares Eczem. Ibid. p. 255. — Lupus erythematosus. Ibid. p. 256. — Wahre Prurigo Hebra's. Ibid. p. 259.

Bulkley, L. Duncan, Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. V. 4. p. 357. Oct.

Bulmerincq, M. E. v., Die Retrovaccination und die animale Vaccine in Petersburg. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 34—39. 41. 42. 43. 45—48.

Burckhardt, Albrecht, Zur intrauterinen Vaccination. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXIV. 4 u. 5. p. 506.

Camuset, Fall von Chromidrose. Gaz. des Hôp. 98.

Chambard, Ernest, Ueber d. anatom. Formen d. Xanthelasma d. Haut. Arch. de Physiol. 2. S. VI. 5 et 6. p. 691. Nov. et Déc.

Chandelux, A., Ueber die Nervenaffectionen bei Zona. Arch. de Physiol. 2. S. VI. 5 et 6. p. 674. Nov. et Déc.

Cheadle, W. B., Ueber Masern. Brit. med. Journ. Dec. 20. p. 985.

Cornil, Ueber d. Histologie d. Pusteln bei Variola haemorrhagica. L'Union 135.

Corre, A., Fall von Ainhum. Gaz. med. da Bahia XI. 8. p. 349. Agosto.

Coupland, Sidney, Fall von acutem Pemphigus. Med. Times and Gaz. July 26. p. 99.

Créquy, Ueber Vaccination und Revaccination. Bull. de Thér. XCVII. p. 77, Juillet 30.

Crocker, H. Radcliffe; Wyndham Cottle; James Startin, Psoriasis palmaris. Brit. med. Journ. July 19. p. 85.

Da Silva Ajaura, Ueber Behandlung der Elephantiasis mittelst Elektricität. Gaz. med. da Bahia XI. 10. p. 441. Outubro.

David, Herpes traumaticus, von d. Zähnen ausgehend. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 36. p. 947. Sept. 9.

Davis, L. N., Scharlachfieber-Epidemie. Philad. med. and surg. Rep. XLI. 2. p. 26; July.

Delpech, Ulcerationen durch Impfung mit Kuhpockenlymphe bei einem syphilitischen Individuum bedingt. Gaz. des Hôp. 97.

Dompeling, Ueber d. Anzahl Stiche bei d. Vaccination. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 46.

Duhring, L. A., Entzündliches fungoides Neoplasma. Arch. of Dermat. V. 4. p. 386. Oct.

Duhring, L. A., Umschriebene phlegmonöse Dermatitis durch Jodkalium bedingt. Philad. med. and surg. Reporter XLI. 24. p. 516. Dec.

Eichhorst, Hermann, Beobachtungen über Alopecia areata. Virchow's Arch. LXXVIII. 2. p. 197.

Eklund, Fr., Om spetelska (Referat von G. Armauer Hansen). Norsk. Mag. 3. R. IX. 12. S. 1179.

Eklund, Fr., Om spetelska (Elephantiasis Graecorum vel Lepra Arabum). Stockholm. Trykt. hos. A. L. Norman's boktryckerie-actiebolag. 8. 91 S.

Ellinger, Leop., Zur Aetiologie und Prophylaxe d. Alopecia praematura. Virchow's Arch. LXXVII. 3. p. 549.

Engelmann, Friedrich, Erythema universale nach Anwendung von Calomel. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 43.

Engelsted, S., Klinisk Vejledning til Diagnose og Behandling af Hudens Sygdomme. Köbenhavn. 8. 384. Nord. med. Ark. XI. 3. Nr. 26. S. 25.

Fairbank, F. Royston, Ueber einige weniger gewöhnl. Formen d. Scharlach. Lancet II. 7; Aug.

Fehr, A., Zur Behandlung der Psoriasis mit Chrysophansäure. Schweiz. Corr.-Bl. IX. 18.

Fehr, A., Die Scharlachepidemie in St. Gallen. Schweiz. Corr.-Bl. IX. 21. 22.

Foster, Frank P., Fall von Sklerodermie. Arch. of Dermatol. V. 3. p. 234. July. — Melanosis cutis. Ibid. p. 261.

Fourné jun., G. J. H., Zur Vaccinationsfrage. Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië N. S. VIII. 5. p. 195.

Fournet, Variolaepidemie in Dünkirchen 1878 u. 1879. Gaz. des Hôp. 90. 91.

Fournier, Ueber Psoriasis. Gaz. des Hôp. 116. 119.

Fournier, Ueber Alopecie, Gaz. des Hôp. 134. 136. 150.

Fox, Erythema exfoliativum recurrens. Arch. of Dermat. V. 3. p. 264. July.

Fox, T. Colcott, Fall von Xanthelasma multiplex. Lancet II. 19; Nov.

Gaskoin, George, Fall von Morphaea. Med.-chir. Transact. LXII. p. 169.

Gast, Alfr., Experimentelle Beiträge zur Lehre von d. Impfung. Schmidt's Jahrb. Bd. CLXXXIII. p. 201.

Geber, Eduard, Entzündl. Processe d. Haut, durch eine bisher nicht bestimmte Milbenart verursacht. Wiener medic. Presse XX. 43. 44. 45.

Gramshaw, J. H., Vaccination u. Pocken in Gravesend. Lancet II. 26; Dec. p. 964.

Grigorow, Erythema exsudativum papulatum d. Mundschleimhaut. Petersb. med. Wochenschr. IV. 52.

Guibout, E., Ueber Prurigo. Gaz. des Hôp. 90.

Hall, Robert, Ueber Tuberculose der Haut. Inaug.-Diss. Bonn. 8. 24 S.

Hamilton, H., Elephantiasis d. Unterschenkels; Ligatur d. Art. femoralis. Lancet II. 18; Nov.

Hansen, Engvald, Ueber d. Contagiosität d. Masern u. deren Incubationszeit. Norsk. Mag. 3. R. IX. 9. S. 952.

Hanssen, Klaus, Ueber d. Schutz d. Vaccination gegen Pockenepidemien. Norsk. Mag. 3. R. IX. 11. S. 1069.

Hardaway, Acne rosacea, Obliteration der Gefässe. Arch. of Dermat. V. 4. p. 356. 396. Oct.

Hardaway, Multiple Hautgeschwülste mit Prurigo. Arch. of Dermat. V. 4. p. 385. Oct.

Hart, Ernest, Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. Nov. 29.

v. Hebra, Zur Therapie einiger Hautkrankheiten (Chrysophansäure, Pyrogallussäure). Wiener med. Presse XX. 43. 44.

Heitzmann, C., Ueber mikroskopische Veränderungen bei Entzündung der Haut. Arch. of Dermat. V. 4. p. 347. 376. Oct.

Herterich, Zur Einführung animaler Vaccine. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 29.

Hervieux, Zur Vaccination. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 38. p. 981. Sept. 23. — Gaz. hebd. 2. S. XVI. 28. p. 444.

Hervieux, Ueber congenitalen Pemphigus. Gaz. des Hôp. 141. p. 1123.

Hofmann, Ueber Impfung mit animaler Lymphe. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 32. 33.

Hübner, W., Ueber miasmatische Ansteckung mit specieller Beziehung auf die Entstehung u. d. Wesen d. Pockenkrankheit nebst Angabe eines specifischen Heilverfahrens gegen d. Pocken. (Sep.-Abdr.) Hamburg. Rudolphi. 8. 19 S.

Hutchinson, Jonathan, Erythematöses Stadium der Leprose bei einem Knaben. Med. Times and Gaz. Dec. 20. p. 689.

Hutchinson, J., Fall von wahrer Leprose mit Ausgang in Genesung. Med.-chir. Transact. LXII. p. 331.

Hyde, James Nevins, Ueber durch Jodkalium bedingte Eruption. Arch. of Dermat. V. 4. p. 333. 371. Oct.

Hyde, J. N., Ueber eine Varietät von Molluscum verrucosum. Arch. of Dermat. V. 4. p. 388. Oct.

Impffrage, Verhandlungen der Provinzial-Versammlung d. schles. Aerzte-Vereine. Bresl. ärztl. Ztschr. I. 14. p. 143; 15. p. 155.

Irgens, Andreas, Ueber d. seltenere Vorkommen von Masern bei kleinen Kindern. Norsk Mag. 3. R. IX. 8. S. 785.

Jacobs, Process wegen fahrlässiger Impfung. Deutsche medicin. Wochenschr. V. 44.

Jahn, Carl, Successiv-Impfung, eine neue, den wirksamsten Schutz vor Impfinfectionen gewährende Impfmethode. Thür. Corr.-Bl. VIII. 12.

Jamieson, W. Allan, Ueber Tinea barbae, parasit. Sykose. Lancet II. 9; Aug.

Jarisch, A., Chemische Studien über Pemphigus. (Aus dem Laboratorium des Prof. E. Ludwig.) „Sitz.-Ber. d. k. Wiss.“ Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 13 S. 30 Pf.

Jebb, W. F., Ueber Vaccination und Revaccination. Lancet II. 20; Nov. p. 743.

Klamann, a) Psoriasis vulgaris nach d. Impfung. — b) Heilung eines Eczems nach d. Impfung. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XIV. 4. p. 371.

Koren, Aug., Ueber Scharlach. Norsk. Mag. 3. R. IX. 7. S. 689.

Koucky, J. W., Ueber die animale Vaccination. Prager medic. Wochenschr. IV. 36.

Kranz, C., Errichtung u. Betrieb einer animalen Impfstation in München im J. 1879. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 49. 50.

Krätze, über Schnellkur derselben. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXIII. 14.

Lancereaux, Ueber die Lepra von Conchinchina. Gaz. des Hôp. 83.

Leloir, H., Ueber d. Veränderungen d. Epidermis bei Affectionen d. Haut u. d. Schleimhäute mit Neigung zu Blasenbildung. Gaz. de Par. 50. p. 644.

Lewin, G., Ueber Erythema exsudativum. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 34. p. 515.

Liveing, Robert, Fälle von Elephantiasis Graecorum, behandelt mit Chaulmoogra-Oel. Med. Times and Gaz. Aug. 23.

Liveing, R., Zur Behandlung der Scabies. Brit. med. Journ. Oct. 25.

Liveing, R., Ueber d. Eigenthümlichkeiten d. Tinea tonsurans u. ihre Behandlung. Lancet II. 18; Nov.

Löhrl, Fall von Urticaria nach Genuss von Krebsen. Würtemb. Corr.-Bl. XLIX. 34.

Loisch, Th., Zur Casuistik d. Alopecia. Wien. med. Wchnschr. XXIX. 33.

Lush, W. J. H., Ueber Behandl. d. chron. Eczems d. Hohlhand. Brit. med. Journ. Nov. 22. p. 814.

Makuna, M. D., Ueber d. Incubation d. Varicella. Brit. med. Journ. Oct. 4. p. 534.

Makuna, M. D., Ueber d. Diagnose d. Variola von Varicella vera. Lancet II. 10; Sept.

Martin, Henry A., Ueber den Erfolg d. Vaccination bei Geblatterten. New-York med. Record XVI. 4; July p. 93.

Martini, Hugo, Der Impfzwang in seiner moral. und wissenschaftl., insbes. jurist. Unhaltbarkeit. Ein ernstes Wort in ernster Zeit. Leipzig. Scholze. 8. VIII u. 143 S.

Maynard, Wm. J., Ueber Psoriasis. New-York med. Record XVI. 24; Dec.

Mecklenburg, Die Nothwendigkeit einer Impfinstruction und Bemerkungen zu derselben. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 49.

Milroy, Gavin, Ueber Framboësia. Med. Times and Gaz. Oct. 11.

Morris, Malcolm, Ueber Psoriasis palmaris. Brit. med. Journ. Aug. 2. p. 170.

Morrow, Fall von Urticaria pigmentosa. Arch. of Dermat. V. 3. p. 262. July. — Fall von Morphaea. Ibid. p. 266.

Munro, W., Ueber Leprose. Edinb. med. Journ. XXV. p. 131. Aug. u. p. 418. Nov.

Neisser, Ueber d. Aetiologie d. Aussatzes. Bresl. ärztl. Ztschr. I. 20. 21. p. 200. 214.

Neumann, J., Zur Casuistik d. Sclerodermia adultorum. Virch. Arch. LXXVIII. 3. p. 516.

Neumann, I., Zur Kenntniss d. Aetiologie d. Erythema nodosum Wien. med. Wchnschr. XXIX. 44.

Olavide, Josè Eugenio, Ueber Hautkrankh. im Allgemeinen. Gazz. Lomb. 8. S. I. 27. 28. 30. 37. 38. 44. 45.

Palm, Theobald A., Ueber Behandlung d. chron. Eczems d. Hohlhand, Brit. med. Journ. Nov. 8. p. 733.

Park, Roswell, Dermatitis durch Rhus toxicodendron bedingt. Arch. of Dermat. V. 3. p. 227. July.

Petri, Fall von symmetrischer Hautgangrän. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 34.

Pfeiffer, L., Die Rückimpfung auf Kühe. Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege XI. 4. p. 710.

Pfeiffer, L., und H. Schwalbe, Bericht über die Impfungen mit animaler Lymphe im Impfbezirk Weimar 1879. Thür. Corr.-Bl. VIII. 11.

Picot, Erysipelas faciei, complicirt mit Endo-Pericarditis. Gaz. des Hôp. 103.

de Pietra Santa, Ueber animale Vaccination. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 39. p. 1007. Sept. 30.

Piffard, Fälle von Lupus. Arch. of Derm. V. 3. p. 258. July.

Pott, Richard, Ueber lebensgefährliche Blutungen nach Impfscarificationen. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 44.

Pott, R., Beitrag zur Masernstatistik. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XIV. 4. p. 330.

Purdon, H. S., Dermatosklerosis, Elephantiasis Arabum simulirend, Arch. of Derm. V. 3. p. 253. July.

Rafinesque, Gaston, Variola u. Vaccine. Gaz. de Par. 42.

Ranvier, L., Ueber einen neuen Bestandtheil der Epidermis u. über d. Verhornungsprocess d. Epidermis. Gaz. de Par. 29. p. 372.

Raynaud, Maurice, Ueber Infection durch d. Vaccina u. über Immunität gegen dieselbe. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 29. 31. 32.

Rochard, Ueber d. Verbreitung d. Vaccination in Conchinchina. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 38. p. 975. Sept. 23.

Sangster, Alfred, Fall von Morphaea. Med. Times and Gaz. Sept. 20. p. 340.

Sawyer, James, Ueber Behandlung des Eczem. Practitioner XXIII. 5. p. 346. Nov.

Schwimmer, Dermatolog. Reisebriefe. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 41. 42.

Sherwell, S., Fall von Trichorrhexis nodosa. Arch. of Dermat. V. 3. p. 240. July. — Prurigo ferox. Ibid. p. 269.

Sherwell, S., Ueber Tätowirung d. Naevi. Arch. of Derm. V. 4. p. 354. 382. Oct.

Shoemaker, John V., Ueber Behandl. d. Hautkrankh. Philad. med. and surg. Reporter XL. 25. p. 529. June.

Simon, O., Ueber einige seltene Hautkrankheiten. Bresl. ärztl. Ztschr. I. 15. p. 153. — Ueber Anwendung von Pilocarpin und Jaborandi gegen Prurigo u. andere Hautleiden. Das. 20. p. 200.

Simon, Oscar, Ueber Prurigo u. d. Behandlung mit Pilocarpin. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 49.

Smith, Walter G., a) Fälle von Favus. — b) Multiples diffuses Hautpapillom. Dubl. Journ. LXVIII. p. 450. 492. Dec.

Squire, Balmanno, Ueber Behandl. d. Naevus mittelst Scarification. Brit. med. Journ. Nov. 8. p. 733.

Stanton, M., Ueber Anwendung der Chrysophansäure bei Hautkrankheiten. New-York. med. Record XVI. 3; July p. 69.

Startin, James, Acuter Pemphigus d. Hände, verursacht durch Anwendung d. Donavan'schen u. d. Fowler'schen Lösung. Lancet II. 26; Dec.

Streit, K., Variola bei frisch Geimpften. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. V. 22. p. 283.

Tansini, Iginio, Elephantiasis am Kopfe. Gazz. Lomb. 8. S. I. 41.

Taylor, Ueber Leukoderma an Indianern. Arch. of Derm. V. 3. p. 264. July.

Taylor, Frederick, Ueber d. Beschaffenheit d. Haut bei Tinea tonsurans. Med.-chir. Transact. LXII. p. 177.

Thin, George, Ueber d. Wesen d. Jodkalium-Eruption. Med.-chir. Transact. LXII. p. 189.

Thin, G., Ueber d. Pathologie d. Lupus, mit besond. Bezug auf d. Riesenzellen. Med.-chir. Transact. LXII. p. 407.

Trier, F., Ueber d. relative Gefährlichkeit d. Masern f. Kinder u. Erwachsene. Ugeskr. f. Läger 3. R. XXVIII. 27.

Tschiriew, S., Affection d. Rückenmarks u. d. Haut in einem Falle von Lepra anaesthetica. Arch. de Physiol. 2. S. VI. 5 et 6. p. 614. Nov. et Déc.

Unna, P. G., Das Fibrokeratom, nebst Nomenclatur homöoplast. Hautgeschwülste. Deutsche Ztschr. f. Chir. XII. 3. p. 267.

Vandenschrieck, Felix, Ueber Prophylaxe d. Pocken. Presse méd. XXXI. 31. 32.

Van Harlingen, Ueber eine vorher noch nicht beschriebene tuberculös-pustulöse Hautkrankheit. Arch. of Derm. V. 4. p. 380. Oct.

Ventura, Edoardo, Fall von Sklerodermie. Gazz. Lomb. 8. S. I. 42.

Vidal, Emile, Ueber sanitätspolizeiliche Massregeln gegen die Pocken. Ann. d'Hyg. 3. S. II. p. 158. Août.

Vidal, E., Ueber Couperose. Gaz. des Hôp. 98. 103.

Vidal, E., Ueber Behandlung d. Lupus durch lineare Scarificationen. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 46. p. 191. Nov. 18. — L'Union 138. 140.

Vogt, Adolf, Für u. wider d. Kuhpockenimpfung u. d. Impfzwang, oder polem., krit. u. statist. Beiträge zur Pocken- und Impffrage. Bern. J. Dalp'sche Buch- u. Kunsthandlung. gr. 8. 248 S.

Walker, James B., Ueber d. prophylact. Werth d. Einreibungen bei Scharlach. Philad. med. and surg. Reporter. XLI. 8. p. 162. 163. Aug.

Warlomont, E., Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. Dec. 13. 20.

Wertheimber, Adolf, Ueber Scharlach. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 49. 50.

White, James C., Zur Aetiologie der Hautkrankheiten. Boston med. and surg. Journ. CI. 17. p. 571. Oct. — Arch. of Derm. V. 4. p. 389. Oct.

Wiesener, J., Ueber d. Pocken in Norwegen von 1865—1874. Norsk. Mag. 3 R. IX. 12. S. 1141.

Wood, Thomas F., Nichthaften d. Vaccination bei Geblatterten. New-York med. Record XVI. 1; July p. 22.

Syphilis.

Drittes Verzeichniss (Fortsetzung von Jahrg. 1879 p. 665 u. 1880 p. 159).

Amidon, R. W., Gummageschwulst im Gehirn. Arch. of Med. II. 3. p. 340. Dec.

Arnould, J., Ueber d. Alter d. Syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 32.

Barberet u. Chouet, Ueber Arteriitis syphilitica. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 486. Sept.—Oct.

Baudin, Léon, Fall von Pericarditis blennorrhagica. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 530. Sept.—Oct.

Bergh, R., Bericht über d. Abtheil. f. Syphilis u. Hautkrankh. im allgem. Hospital zu Kopenhagen f. 1878. Hosp.-Tidende 2. R. VI. 42. 43. 45.

Boileau, J. P. H., Ueber Behandlung d. Syphilis ohne Quecksilber. Brit. med. Journ. July 19.

Bruckner, Constantin, Ueber Syphilis nodosa. Inaug.-Diss. Würzburg 1878. 8. 38 S. mit 1 Taf.

Bucquoy, Ueber syphilit. Fieber und dessen Diagnose von Fieber bei Typhus. Gaz. des Hôp. 106.

Bulkley, Syphilit. Analgesie. Arch. of Derm. V. 3. p. 254. July.

Bulkley, L. Duncan, Fälle von Schanker der Lippe, wahrscheinlich durch Cigarren übertragen. Arch. of Derm. V. 4. p. 343. 372. Oct.

Charlouis, M., Ueber Behandlung hartnäckiger serpiginöser syphilitischer Ulcerationen. Geneeskund. Tijdschr. v. Nederl. Indië N. S. VIII. 6. p. 351.

Cheadle, Epileptische Convulsionen und Hämoptyse; syphilit. Gummata in Gehirn u. Leber. Med. Times and Gaz. Oct. 4. p. 396.

Deahna, Fall von hämorrhagischer Syphilis. Würtemb. Corr.-Bl. XLIX. 40.

Demange, Emile, Ueber Syphilis der Leber. Revue méd. de l'Est XI. 16. p. 481. Août.

Drysdale, Charles R., Ueber den Zeitpunkt und die Dauer der Quecksilberbehandlung bei Syphilis. Arch. of Dermat. V. 3. pag. 242. July.

Ehrlich, P., Ueber syphilit. Herzinfarcte. Ztschr. f. klin. Med. I. 2. p. 378.

Emminghaus, Chron. schwartenbildende Leptomeningitis syphilitica. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. X. 1. p. 282.

Fetzer, Osc., Die Behandl. d. Syphilis in d. Tübinger Klinik. Inaug.-Diss. Tübingen. Fues. 8. 54 S.

Fournier, Ueber syphilit. Gummata. Gaz. des Hôp. 105. 107.

Fox, Prolongirte syphilit. Inoculation. Arch. of Dermat. V. 3. p. 267. July.

Fürbringer, Paul, Zur localen u. resorptiven Wirkungsweise einiger Mercurialien bei Syphilis, insbesond. des subcutan injicirten metallischen Quecksilbers. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIV. 2. p. 129.

Gosselin, Ueber Verengerung d. Rectum syphilit. Ursprungs u. deren Behandlung. Gaz. des Hôp. 96.

Gosselin, Syphilit. Schanker u. strumöser Bubo; Roseola u. Eczem. Gaz. des Hôp. 149.

Grefberg, Fall von hereditärer Syphilis. Finska läkaresällsk. handl. XXI. 2. p. 146.

Grünfeld, Josef, Ueber Vererbung u. Uebertragung von Syphilis bei Neugeborenen. Wiener med. Presse XX. 47.

Güntz, J. Edmund, Die Syphilis d. Schulkinder. Memorabilien XXIV. 11. p. 503.

Hagemann, Paul, Syphilis-Recidiv oder Chancroid (Pseudochancre induré). Nebst einem Beitrag über syphilit. Lymphdrüsen-Erkrankung. Inaug.-Diss. Würzburg 1878. 8. 33 S.

Hampeln, P., Behandlung d. Syphilis mit Sublimat-Injectionen. Petersb. med. Wchnschr. IV. 36.

Henop, W., Fall von luetischer Erkrankung d. Lungen. Dtsch. Arch. f. klin. Med. XXIV. 2. p. 250.

Huguenard, Rheumatismus blennorrhagicus nodosus. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 525. Sept.—Oct.

Hutchinson, Herpes syphiliticus. Lancet II. 17; Oct. p. 613.

Jamieson, W. A., Lupus syphiliticus hereditarius. Edinb. med. Journ. XXV. p. 162. Aug.

Kane, John J., Syphilit. Periostitis d. Hirnschale. New-York med. Record XVI. 9; Aug. p. 214.

Kassowitz, M., Die normale Ossification u. d. Erkrankungen des Knochensystems bei Rhachitis und hereditärer Syphilis. Wiener med. Jahrb. 2. p. 145.

Köbner, Heinr., Ueber „provocatorische Aetzung“ zur Diagnostik d. Syphilis u. d. sog. pseudo-indurirten Schanker. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 51.

Krishaber, Ueber die Respirationsstörungen bei syphilit. Affectionen d. Larynx. Gaz. des Hôp. 137.

Lassen, H. A., Zur Prostitutionsfrage. Ugeskr. f. Läger 3. R. XXVIII. 5.

Martini, O., Zur Therapie d. Lues. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1878—1879. p. 60.

Mauriac, Bubon d'emblée. Gaz. des Hôp. 94. 97.

Meyer, Joseph, Vollständige Pharynxstrictur in Folge von Syphilis. New-York med. Record XVI. 8; Aug.

Mraček, Franz, Die Verletzungen am Frenulum praeputii, ihr Entstehen u. ihre Behandlung. (Prof. v. Sigmund's Klinik.) Wiener med. Presse XX. 32.

Mraček, Fall von eigenthümlicher Uebertragung der Syphilis. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 44.

Otis, Fessenden N., Zur Pathologie d. Syphilis. Boston med. and surg. Journ. CI. 13. p. 427. Sept.

Otis, F. N., Ueber Chankroid. New-York med. Record XVI. 10. 12; Sept.; 14; Oct.

Palmerini, Ugo, Manie mit Hemiplegie, durch Syphilis der Hirnarterien bedingt. Arch. Ital. per le mal. nerv. ed alien. ment. XVI. 6. p. 359. Nov.

Parrot, Ueber Behandlung der hereditären Syphilis bei Neugeborenen. Gaz. des Hôp. 100.

Paschkis, Heinrich, Ueber d. Behandlung syphilitischer Geschwüre. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. V. 19. 20.

Patamia, C., Ueber Prophylaxe d. vener. Krankheiten. Giorn. internaz. delle Sc. med. I. 9. p. 976.

Qvist, Ausgedehnte Haut- u. Knochen-Ulcerationen am Kopfe in Folge von Syphilis. Finska läkaresällsk. handl. XXI. 2. p. 140.

Richet, Syphilit. Osteoperiosteitis d. Sinus maxillaris. Gaz. des Hôp. 81.

Rizet, Felix, Ueber „doppelte“ Syphilis. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 602. Nov.—Déc.

Robert, Syphilis durch Tätowirung übertragen. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 609. Nov.—Déc.

Runeberg, Syphilit. Affection d. Hirngefässe. Finska läkaresällsk. handl. XXI. 3 och 4. S. 294.

Schnitzler, Joh., Ueber Lungensyphilis u. ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wiener med. Presse XX. 32. 33. 34. 35. 38.

Seguin, E. C., Paraplegie bei Syphilitischen. Arch. of Dermat. 8. 13 pp.

v. Sigmund, Zur Behandlung d. Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 41.

v. Sigmund, Ueber Mercurial-Salivation. Wiener med. Presse XX. 45. 46.

Squire, Balmanno, Fall von Rupia syphilitica. Med. Times and Gaz. Nov. 8.

Surmay, Ueber Gehirn-Syphilis. L'Union 87.

Taylor, Ueber d. Wesen d. Syphilis. Arch. of Dermat. V. 4. p. 394. Oct.

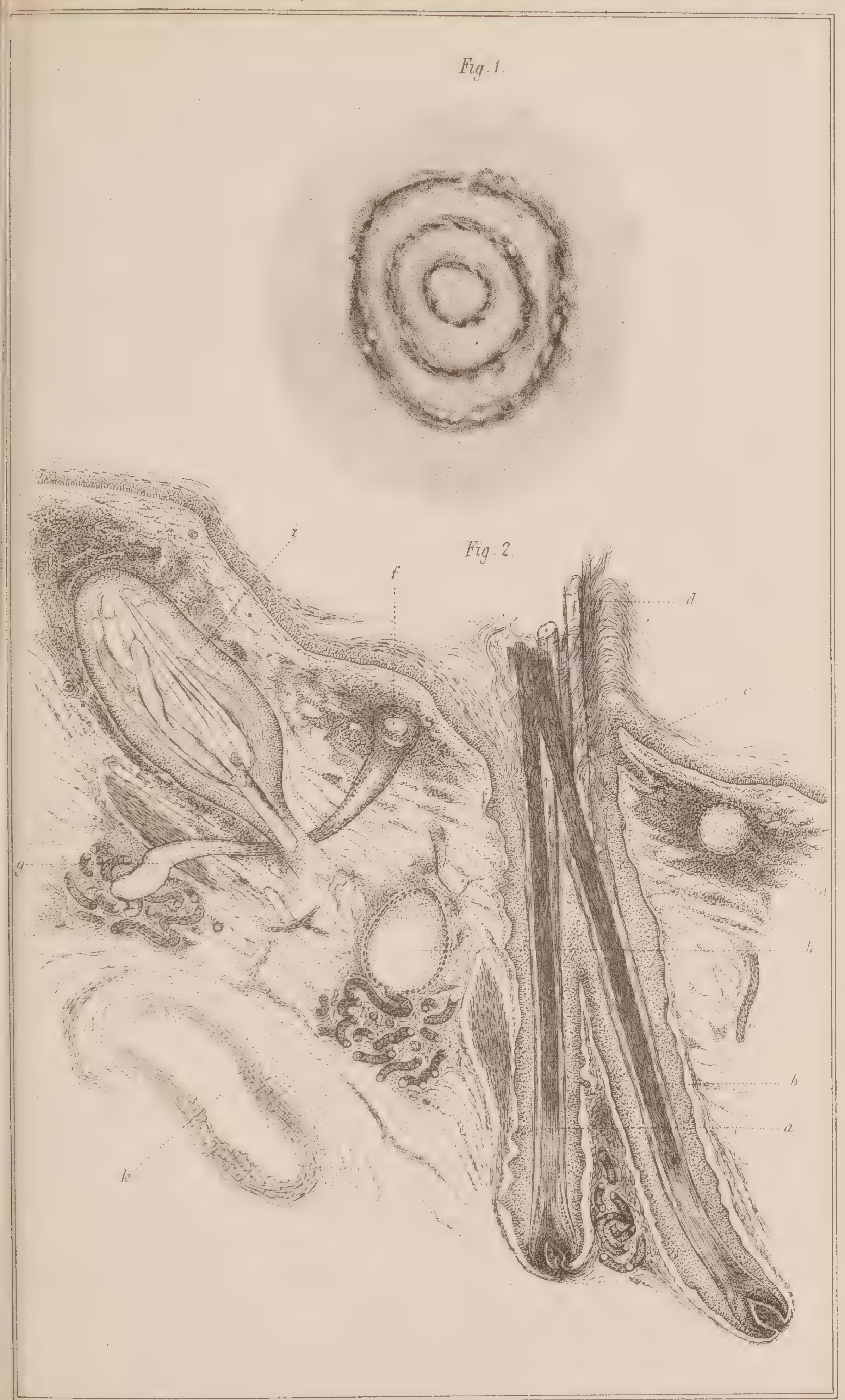
Thomas, W. R., Ueber einige Erscheinungen d. Syphilis. Lancet II. 7; Aug.

Thomson, Hugh., Ueber Syphilis vaccinalis. Glasgow. med. Journ. XII. 8. p. 144. Aug.

Vidal, Ueber Hautsyphiliden. Gaz. des Hôp. 123. 125.

Wolff, A., Zur Frage d. paternen Infection bei hereditärer Syphilis. Strassburg. Hagemann & Co. 8. 35 S.

Zeissl, Zur Therapie d. Trippers bei Männern. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 38. 39. 40.


Fig. 1.
Fig. 2.
i
f
d
c
e
g
h
b
a
k



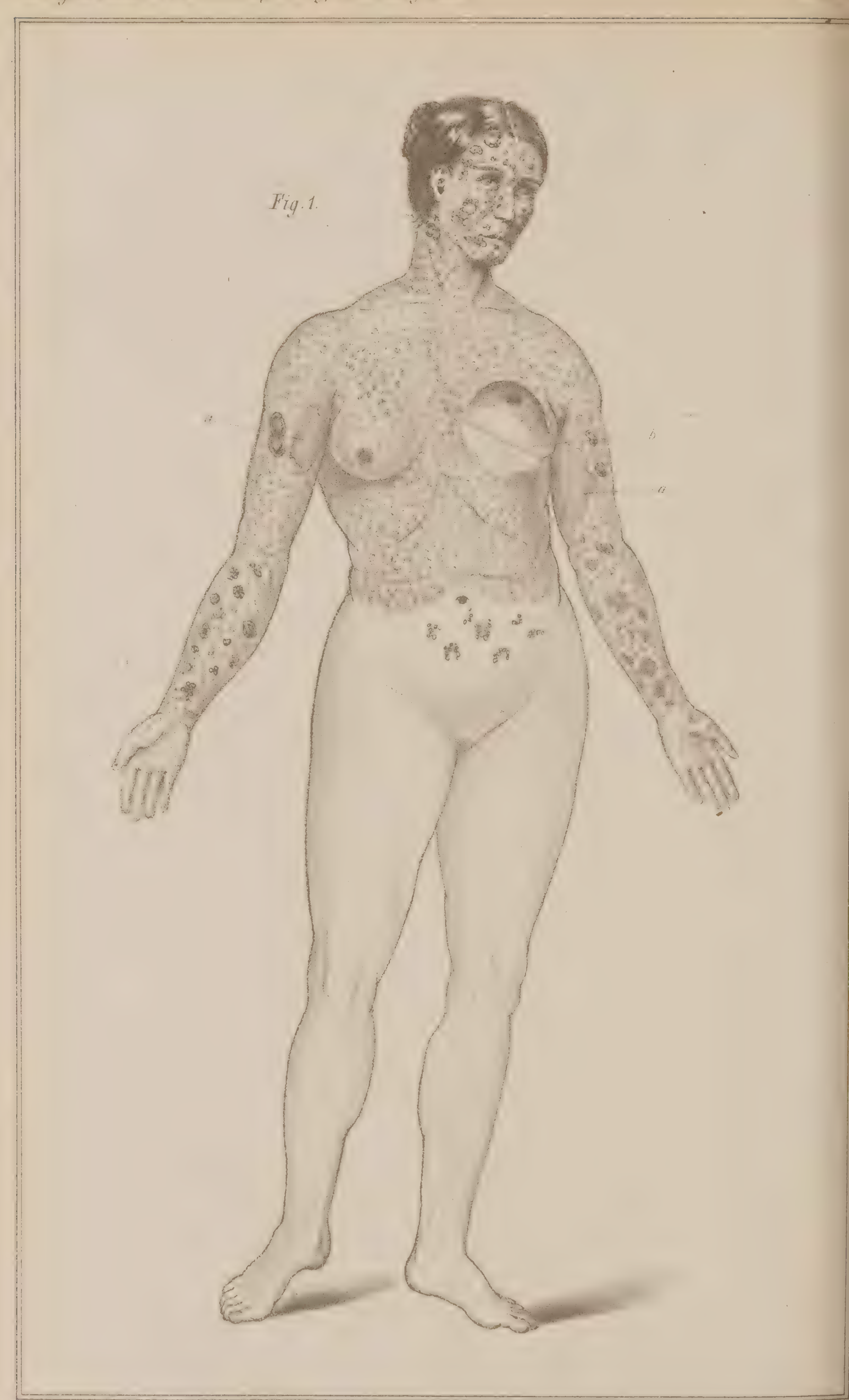


Caspary: Gutartige Plaques der Zunge

Lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel & Co. Wien.

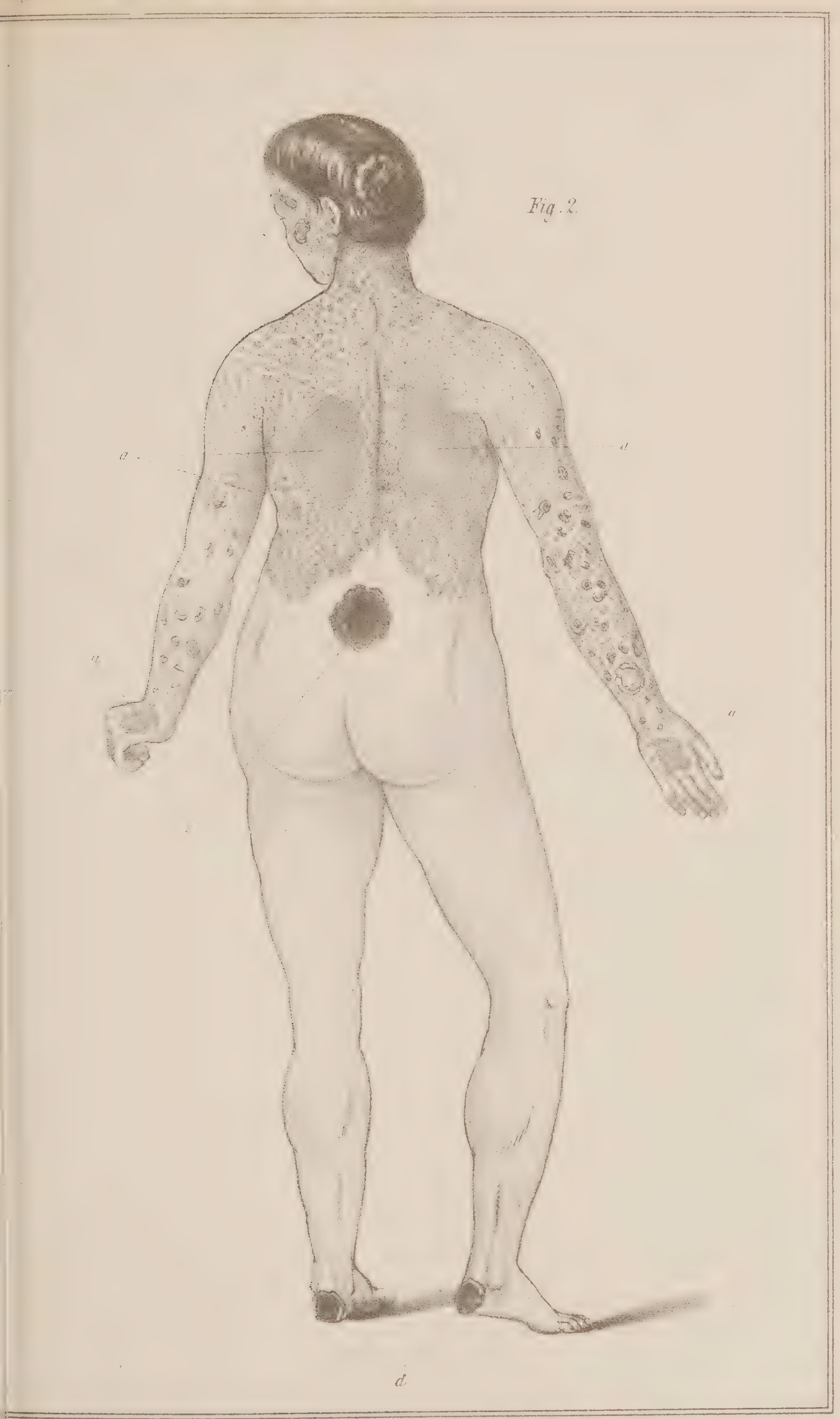






A. Jarisch: Über die Coincidenz von Erkrankungen der Haut, etc.

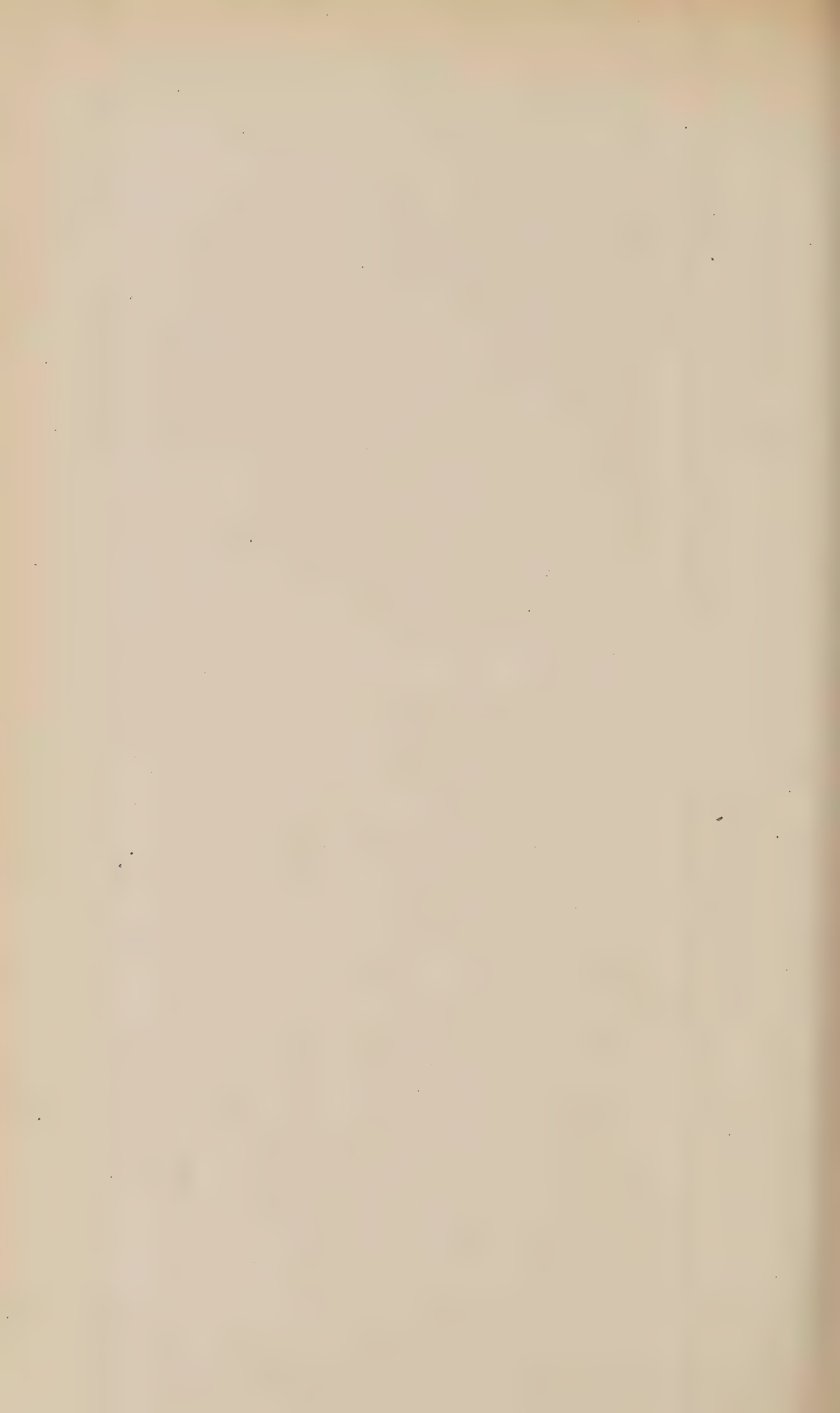
Gez. u. lith. v. Dr. I. Heitzmann, Druck v. J. Appel & Co. Wien

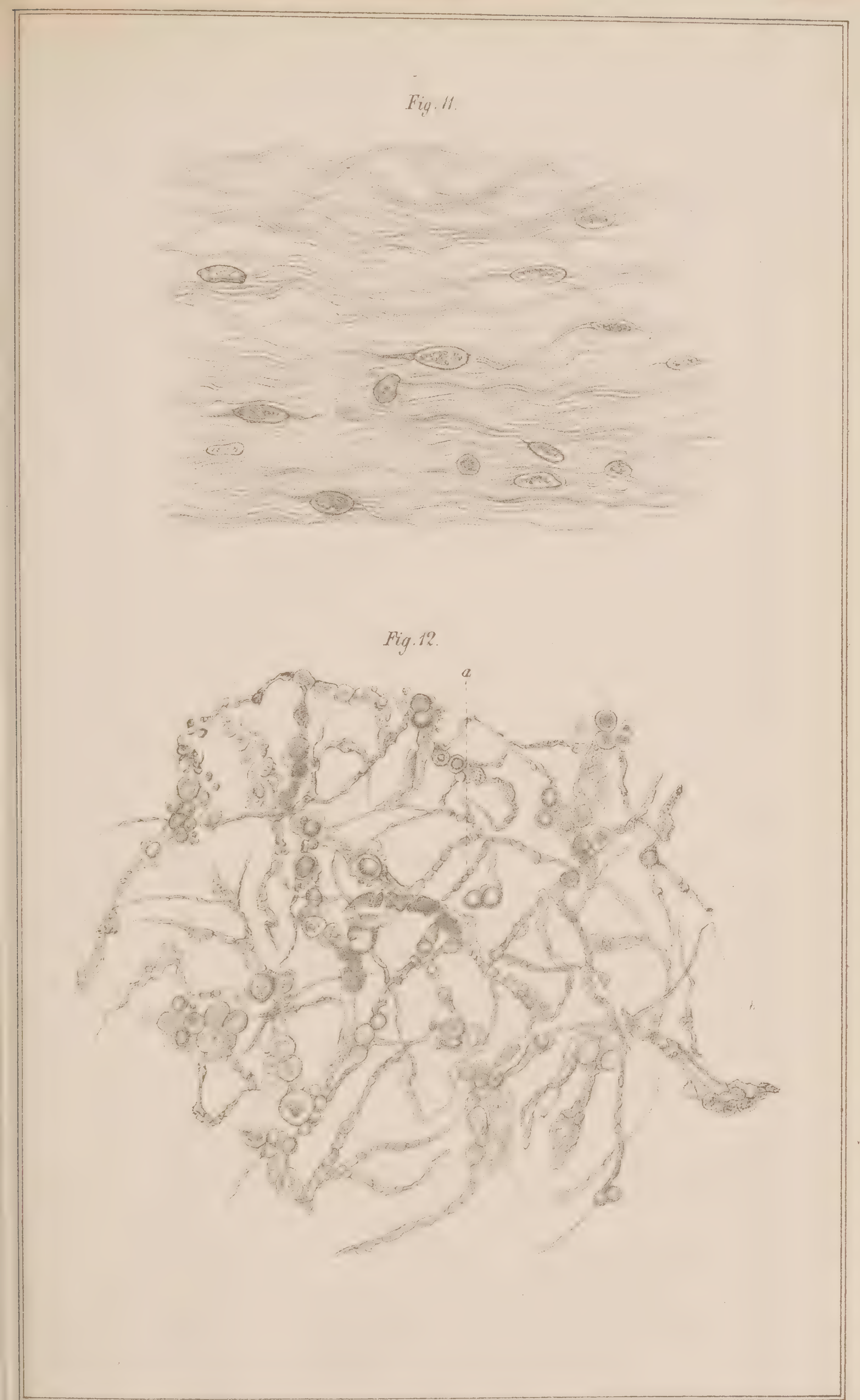

Fig. 2.
a
a
a
a
d





Gez. u. lith. v. Dr J. Heitzmann, Druck v. J. Appel & Co Wien.





A. Jarisch: Über die Coincidenz von Erkrankungen der Haut etc.

Gez. v. Verf. lith. v. Dr. J. Heitzmann. Druck v. J. Appel & Co. Wien



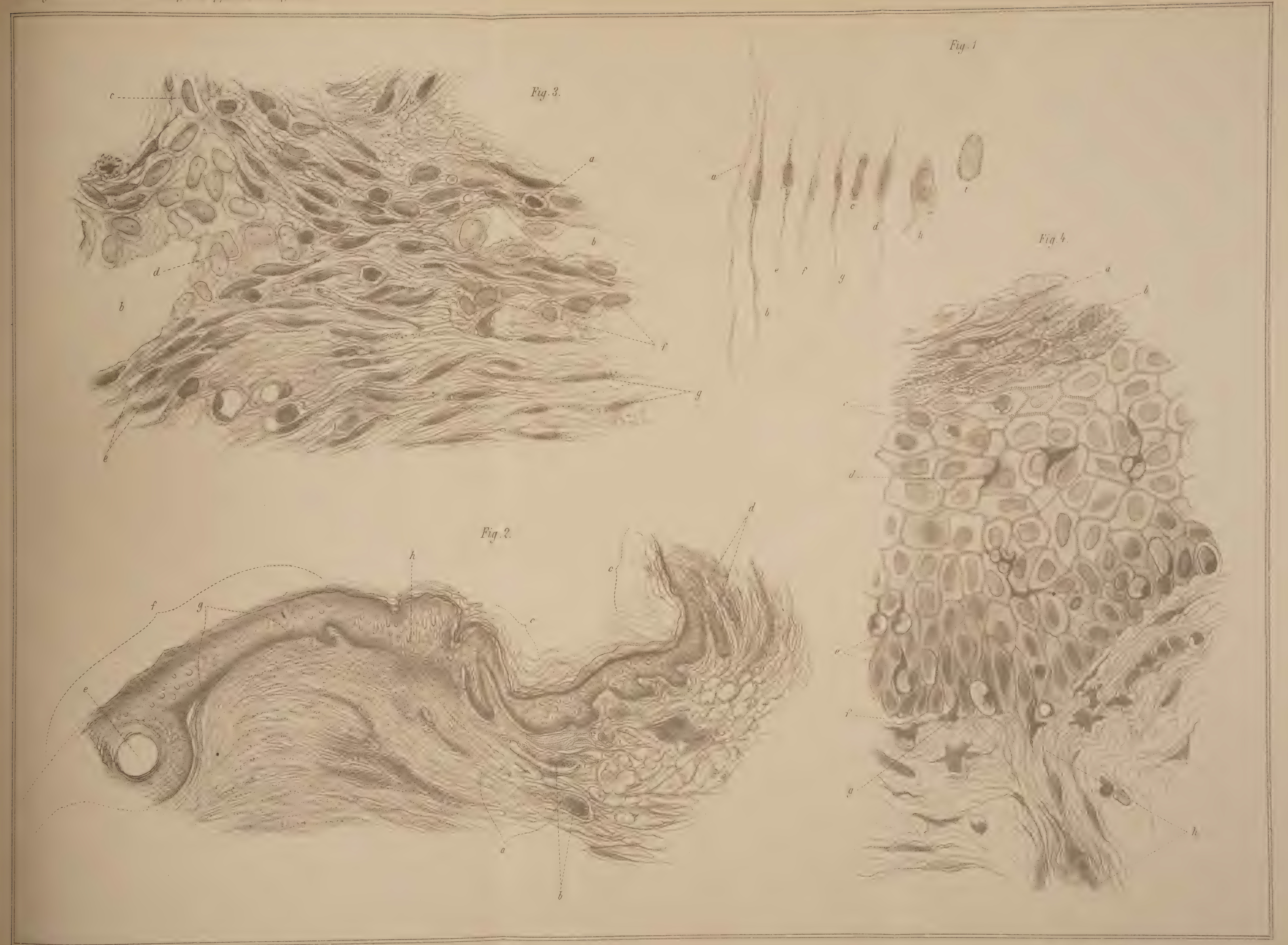

Fig. 1
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.



Fig. 1.



Fig. 2.

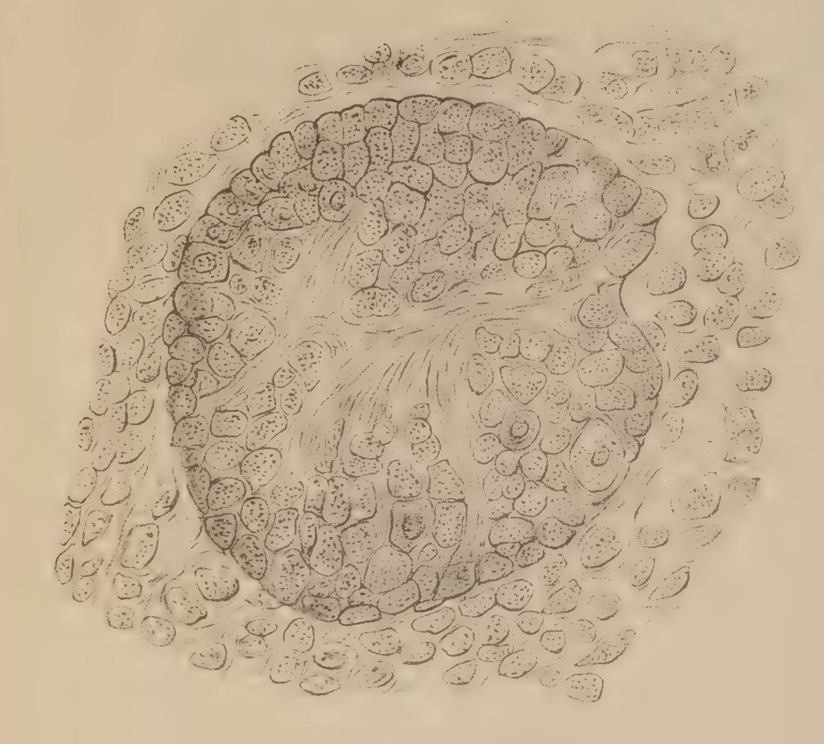


Fig. 3.

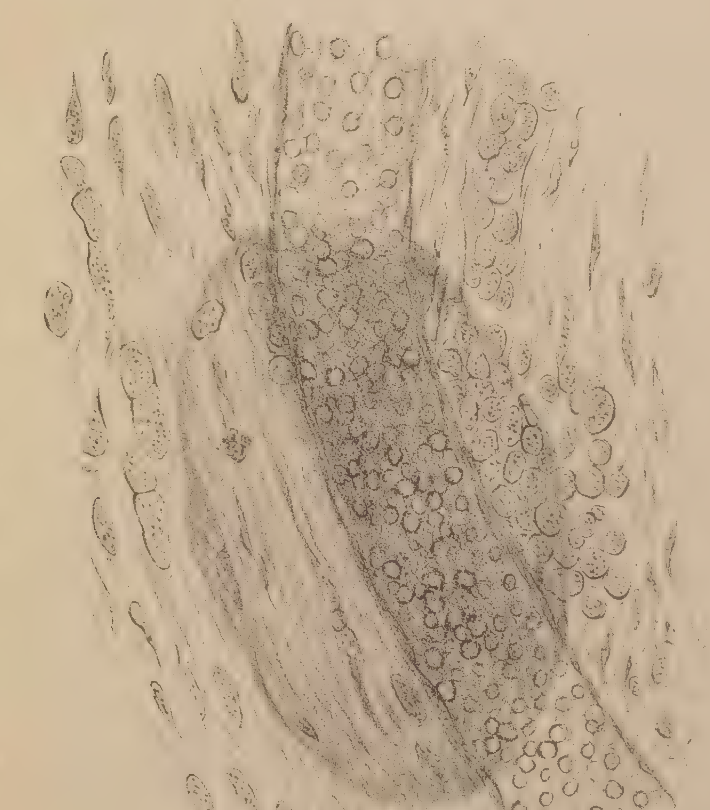
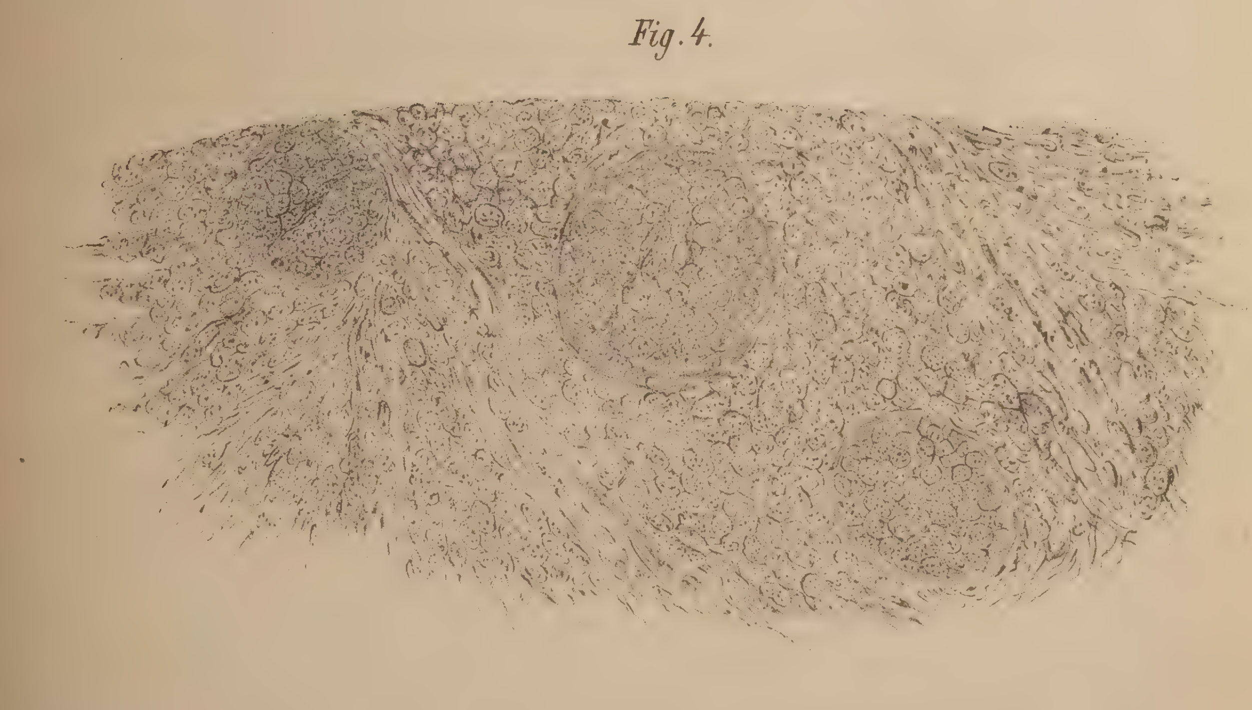


Fig. 4.



Zeissl: Papilläre Wucherung auf luposem Boden

Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann.



Originalabhandlungen.

Zur Lehre von den Metastasen

von

Dr. J. Caspary in Königsberg

in Preussen.

Als ich vor einer Reihe von Jahren Hebra's Lehrbuch der Hautkrankheiten zum ersten Male las, hatte ich den Eindruck, als sei die immer wiederkehrende Bekämpfung der alten Metastasenlehre mit gar zu grossem Eifer geführt. Eine ähnliche Empfindung hatte ich vor mehreren Jahren, als ich Hebra's Klinik und die Vorlesungen seiner Schüler besuchte. Von vorzugsweise chirurgischen Studien herkommend glaubte ich die Nothwendigkeit der örtlichen Behandlung der Hautausschläge, Geschwüre, Fisteln allerwärts anerkannt, und dass man sich allseitig um möglichst schnelle Beseitigung solcher Leiden bemühe. Aber ich überzeuge mich immer mehr, dass ich im Irrthume gewesen bin, wenn ich die alte Metastasenlehre, von der ich in der Schule kaum etwas gehört hatte, für abgethan hielt. Eine ganze Anzahl mir hochachtbarer Collegen fand ich bei gelegentlichen Besprechungen durchaus abgeneigt, impetiginöse Ekzeme des Gesichts und Kopfes kleiner Kinder einem örtlichen Heilverfahren zu unterziehen. Nachdem ich ferner angefangen hatte, darauf zu achten, traf ich in der neuesten Literatur vielfache Behauptungen ähnlicher Art, von Autoren ausgehend, deren Namen überall respectirt werden. Ja ich fand — mit einer Art Schrecken — von beachtenswerthester Seite die ganze Metastasenlehre mit ihrer Furcht vor Phthisis-Entstehung nach Fistelheilung, mit ihrem Rath zu Fontanellbildung nach Schluss alter Geschwüre, wieder als min-

destens discutirbar, wahrscheinlich aber als wohlberechtigt dargestellt.

Je öfter ich auf Behauptungen für und wider die alte Versetzungslehre stiess, um so mehr stieg mein Interesse für ihre praktische und theoretische Bedeutung, und um so erlaubter erschien mir der Versuch einer kurzen Zusammenstellung über den heutigen Stand der Frage. Ich habe nicht entfernt die Prätension, eine historisch-kritische Abhandlung geben zu wollen, nur skizzenhaft denke ich darzulegen, was ich bei den verschiedenen Autoren Verschiedenes gefunden habe; zum Schluss das „Für“ und „Wider“, soweit ich es vermag, zu erwägen; vor Allem aber die Aufmerksamkeit auf die vielleicht von Vielen unbemerkte Auferstehung zu lenken.

Die Lehre von den Metastasen ist so alt wie die Geschichte der medicinischen Theorien, und es möchte wohl lohnend sein, den Wandel derselben durch die einzelnen Systeme der Pathologie zu verfolgen. Ich glaube, dass ein gutes Stück Geschichte der Medicin sich auf diese Weise recht anschaulich deduciren liesse. Die Materia peccans, das Crudum et Intemperatum der Hippokratiker kehrte in allen humoralpathologischen Systemen wieder. Ob das ϑεῖον des Hippokrates, ob der Archäus des Paracelsus, ob die Vis vitalis der naturphilosophischen Schule im Kampfe gegen die Schärfen sich ungenügend erwies, und deren mangelhafte Entleerung nach aussen zu Versetzungen auf edlere Organe führte — immer war es, um einen Ausdruck Henle's zu gebrauchen, die alte Fabel, nur die Figuren wechselten. Was man hier durch Zurückhaltung einer pathischen, dem Organismus verderblichen Materie nach Versiegen einer Ausscheidungsstelle oder durch Ueberführung eines bereits abgelagerten Krankheitsproducts von einem Ort zum andern entstehen liess, führten die Neuropathologen auf Sympathie und Antagonismus zurück.

Aber ich kenne die alten Systeme und Anschauungen nicht aus den Quellen; und ich fühle mich nur soweit zum Referiren berechtigt, als ich Specialwerke hervorragender Autoren habe durchsehen können. Ueberdies musste ich mich beschränken, wollte ich bei dem überall vorfindlichen und doch immer nur nebenbei behandelten Material meinen Ausgangspunkt: die Zulässigkeit der örtlichen Dermatiatrik nicht aus dem Auge verlieren. Der Schöpfer

der energischen Localbehandlung der Hautkrankheiten ist Hebra. Mir kam es zunächst darauf an, die Ansichten von Autoren kennen zu lernen, die nicht lange vor ihm oder gleichzeitig in Geltung waren. Um nicht lange umherzusuchen, entschloss ich mich, aus meiner Büchersammlung in erster Linie die Werke berühmter Chirurgen darauf hin zu durchsuchen. Ich beginne mit einem Citat aus den „Anfangsgründen der Wundarzneikunst" des grossen August Gottlieb Richter (Göttingen 1799—1804. 3. Auflage, Bd. I. S. 484): „Vorzüglich empfiehlt man bei der Kur alter Geschwüre grosse Behutsamkeit. Die Natur, sagt man, hat sich an den Ausfluss durch dieselben dergestalt gewöhnt, dass nach Heilung derselben oft fürchterliche Zufälle, Schwindsucht, Schlagfluss, Stickfluss und mancherlei andere Krankheiten entstehen, welche nach Verstopfung natürlicher Ausleerungen zu entstehen pflegen. Dies mag nun wohl der Fall wirklich zuweilen sein; indessen ist es sehr wahrscheinlich, dass diese Geschwüre, wenn sie einzig und allein von örtlichen Ursachen herrühren, so alt sie auch sind, dreist geheilt werden dürfen, und dass nach der Heilung durch äussere Mittel nur dann üble Zufälle erfolgen, wenn das Geschwür von inneren Ursachen herrührt, worauf bei der Kur nicht Rücksicht genommen worden und welche nun folglich nach anderen Theilen hinwirken. Da nun diese inneren Ursachen oft sehr verborgen sind, ist es immer rathsam, ehe man die Kur eines solchen Geschwüres übernimmt, ein künstliches Geschwür an einen bequemen Ort zu legen, um die Wirkung der inneren Ursache, falls eine da ist, nach Heilung des Geschwüres dahin zu lenken." In ähnlich massvoller Weise spricht sich Richter bei den Mastdarmfisteln u. s. w. aus, in wohlthuendem Gegensatz gegen die gleich zu nennenden Chirurgen; die Entstehung von Geschwüren nach zurückgetriebenen Hautausschlägen, vornehmlich der Krätze, des bösen Kopfes und der Flechte (Ibidem S. 471) spielen auch bei ihm eine Rolle.

Viel schroffer sind die Ansichten von Joh. Nepomuk Rust. Ich sehe ganz von seiner Helkologie ab und wähle von vielen bezüglichen Stellen eine aus den „Aufsätzen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Medicin, Chirurgie und Staatsarzneikunde" (Berlin 1836. Bd. II. S. 450), einem der letzten und bedeutendsten Werke Rust's. „Noch viel seltener als (After- und Thränen-)

Fisteln lässt sich die Flechte — sie erscheine nun als blosse Hautkrankheit (impetigo) oder unter der Form eines Geschwürs — als örtliches Leiden ansehen, da ihr Verschwinden von der Oberfläche des Körpers, sei es nun in Folge äusserer, zweckwidrig angewandter Arzneimittel oder zufälliger Einwirkungen nicht ungestraft zu geschehen pflegt. Ja, das Verschwinden eines Flechtenübels in Folge der rationellsten ärztlichen Behandlung ohne alle Anwendung örtlicher Mittel ist nicht selten von sehr übeln Folgen für den Gesammtorganismus. Ich habe nicht allein anhaltende Kränklichkeiten aller Art, sondern auch Zehrfieber, Brustwassersucht, Blindheit, Taubheit, Epilepsie, Schlagfluss etc. hierauf erfolgen und wieder verschwinden sehen, wenn man so glücklich war, die Flechte wieder hervorzurufen.“ Ich will doch noch hinzufügen, dass Rust an derselben Stelle (ausser den Carcinomen) folgende Uebel der rein chirurgischen Behandlung entziehen will, weil sie in der Mehrzahl der Fälle blos äussere Reflexe von Allgemeinleiden seien: die Pterygien, Atherome, Hydrocelen, Warzen, Muttermäler etc. Er schliesst die Abhandlung mit den Worten: Man beherzige den Satz: Nicht alles will kurirt sein!

Ich unterlasse es, aus dem „Theoretisch-praktischen Handbuch der Chirurgie in alphabetischer Ordnung, unter Mitwirkung eines Vereines von Aerzten, herausgegeben von Joh. N. Rust“ (Berlin u. Wien 1830—36) Auszüge über das Zurücktreten von Hautausschlägen (Bd. VIII. S. 228), über Fistula ani (Bd. VII. S. 150) zu geben, da sie den Ansichten Rust's identisch sind. Aber ich habe Grund, einen kleinen Theil des von dem berühmten Historiker der Medicin J. Fr. K. Hecker gelieferten Artikels über Metastasis (Bd. XII. S. 30) wiederzugeben. „Metastasis, die Versetzung, ist ein uralter pathologischer Begriff für die Uebertragung einer Krankheit auf ein vorher nicht afficirtes Organ, wonach das frühere Leiden entweder ganz verschwindet, oder wenigstens verringert wird. Die Verhältnisse bei diesem Vorgange sind bei der grossen Mannigfaltigkeit der Krankheiten sehr verschiedenartig. Denn bald entscheidet sich irgend ein Allgemeinleiden durch eine örtliche Affection, wie z. B. ein entzündliches Fieber durch einen Abscess in der Wade, oder ein örtliches Leiden geht in ein anderes in einem entfernten Theile über, wie z. B. eine Parotitis in eine Hodenentzündung, oder ein Tripper in eine Augenentzündung,

oder eine traumatische Entzündung am Kopfe macht Leberabscesse u. s. w. Will man den Begriff der Metastase ganz weit ausdehnen, so gibt es fast in jeder Krankeit metastatische Erscheinungen, herbeigeführt durch consensuelle und antagonistische Regungen, welche entweder stellvertretende Absonderungen herbeiführen, oder auch innerhalb der Grenzen dynamischer Affectionen in den Nerven und Gefässen ohne wesentliche materielle Veränderungen stehen bleiben. . . Die häufigsten metastatischen Erscheinungen, welche dem praktischen Arzte vorkommen, sind ohne Zweifel die Hautausschläge, vornehmlich die acuten; doch stehen auch die meisten chronischen, vorausgesetzt, dass sie sich durch ein inneres Allgemeinleiden herausbilden, und nicht blos von aussen gekommene Localaffectionen der Haut sind, wie z. B. die Krätze, in derselben Kategorie. . . . Arthritische und selbst syphilitische Exantheme sind offenbar metastatischer Natur und leiten zuweilen das innere Uebel auf eine sehr erwünschte Weise nach der Haut hin ab. Auf dieser metastatischen Natur der Ausschläge beruht sogar der sehr glückliche Erfolg der Ableitungen auf der Haut, Blasenpflaster, Brechweinsteinsalbe, rothmachende Mittel etc., deren Wirkungen man erzwungene Metastasen nennen kann — mit einem Worte die ganze ableitende Methode; denn was an den Metastasen die Natur bewerkstelligt, das thut in dieser der Arzt auf sehr verschiedenartige Weise.“

Philipp v. Walther hat in seinem System der Chirurgie (Berlin, später Freiburg in Breisgau 1833—52) der „Psorophthalmie“ ein eigenes Capitel gewidmet (Bd. III, Cap. XV). Er versteht darunter eine eigenthümliche Form der Blepharitis marginalis und ciliaris; sie habe eine specifische Natur, insoferne sie allezeit dyskrasisch bedingt sei. Aber sie habe nicht gerade den psorischen Charakter, sie komme zwar bei Krätzigen, aber nicht bei allen, und auch bei Menschen vor, die nicht an der Krätze, sondern an anderen chronischen Hautausschlägen, an Herpes, an der Kinnflechte, an Kopfgrind, an Crusta serpiginosa etc. leiden oder früher daran gelitten haben; sie stehe mit Fussgeschwüren, besonders wenn diese nach langem offenem Bestande zugeheilt worden sind, in ursächlichem Zusammenhange u. s. w. . . . Klarer ist Walther's Angabe über den Nutzen von Geschwüren (Bd. I. S. 103). „Die Helkose ist auch in vielen Fällen heilsam.

Bei tiefer eingewurzelten Krankheiten hat die Natur öfters mit Krankheitsstoffen zu kämpfen, welche sie nicht vollkommen subigiren und ebensowenig durch die bestehenden Excretionsorgane vollständig eliminiren kann. Um die Zahl der letzten zu vermehren, sie in ihrer Wirksamkeit zu unterstützen, zu erleichtern, für die unthätig gewordenen zu vicariren, ebenso um andere schon früher bestandene, jetzt stockende krankhafte Secretionen und Ausscheidungen, Blennorrhöen, partielle fötide Schweisse, heilsame Blutungen zu ersetzen, legt sie durch eingeleitete ulceröse Entzündung ein neues Secretionsorgan im äusseren dermatischen Systeme an, durch welches oft sehr reichlich überflüssiger Bildungsstoff und der Qualität nach fehlerhafter Krankheitsstoff ausgeschieden wird. — Auch abgesehen von diesem inneren pathogenetischen Verhältnisse ist zu bemerken, dass selbst ursprünglich rein local bedingte, aber chronische und zur Gewohnheit gewordene Geschwüre an der äusseren Oberfläche in eigenthümliche Wechselbeziehungen zu dem Gesammtorganismus überhaupt, und insbesondere zu den einzelnen inneren Secretionsorganen treten. Fliesst das Geschwür reichlich, so ist öfters eine oder die andere natürliche Absonderung sparsam oder ganz unterdrückt — und umgekehrt kann die Helkose auch auf solche Weise bei einmal stattfindendem langwierigem Bestande zur Erhaltung einer relativen allgemeinen Gesundheit nothwendig werden, und die plötzliche künstliche oder freiwillige Geschwürsaustrocknung als Ursache und als Zeichen entweder die schädlichsten Wirkungen hervorbringen, oder prognostisch von schlimmer Bedeutung sein.“

Als last, not least in der Reihe der älteren Chirurgen sei hier noch Dieffenbach erwähnt. In seiner operativen Chirurgie (Leipzig 1848. Bd. II. S. 676) heisst es: „Die Operation der Mastdarmfisteln darf nur dann unternommen werden, wenn die Mastdarmfistel nicht Reflex eines Brust- oder Unterleibsleidens ist, sondern auf einer örtlichen Disposition beruht. Immer ist zuvor eine allgemeine auflösende, abführende Behandlung einzuleiten, da eben durch Vernachlässigung einer allgemeinen Vorkur leicht lebensgefährliche Brust- oder Unterleibskrankheiten entstehen. Am verwerflichsten aber ist jede Operation der Mastdarmfistel, wenn durch ihre Entstehung andere Krankheiten gehoben oder erleichtert wurden.

Von Internen sei zunächst C. W. Hufeland angeführt, dessen Eklekticismus auch bei der Besprechung der chronischen Exantheme klar zu Tage tritt. Er sagt (Enchiridion medicum. Berlin 1836. 2. Aufl. S. 519): Die Haut ist das allgemeinste, stärkste Secretions- und Reinigungsorgan des Organismus, das sehr leicht zu Ablagerung von nachtheiligen inneren Krankheitsstoffen dienen kann und dazu häufig von der Natur benutzt wird. Sie steht durch die Nerven in der allgemeinsten und genauesten Verbindung mit dem ganzen Organismus, so dass sie durch Reizungen aller inneren Theile krankhaft afficirt werden kann. Entferntere Ursachen der chronischen Exantheme sind u. A. schlechte Diät, der häufige Genuss scharfer, salziger, geräucherter verdorbener fetter Nahrungsmittel, des Käse, der hitzigen Getränke, aber auch der zu reichlichen Nahrung, die Ueberfüllung des Körpers mit Säften, wodurch nicht blos Cruditäten der ersten Wege, sondern auch der zweiten, d. h. nicht gehörig verarbeitete und assimilirte Stoffe im Blute entstehen, welche dann als Schärfen in der Haut abgesetzt werden, ferner (sind Ursachen) Metastasen auf der Haut durch Unterdrückung anderer Secretionen, des Darmkanals, der Leber, der Nieren, der Menstruation, der Hämorrhoiden, oder krankhafte Ausscheidungen und Krisen, der Schleimflüsse, der Gichtkrasen, der Ruhr, der Wechselfieber. . . . Bei lange dauernden Hautkrankheiten tritt noch eine Ursache hinzu, welche die Hartnäckigkeit des Uebels begründet, die Gewohnheit. Die Natur hat sich am Ende daran gewöhnt, es ist ein Abscheidungsorgan geworden, in welches sich die krankhaften Stoffe ablagern, und was nun in die Reihe der nothwendig gewordenen Secretionen gehört.

In „Schönlein's allgemeiner und specieller Pathologie und Therapie, nach dessen Vorlesungen niedergeschrieben und herausgegeben von einigen seiner Zuhörer. 4. Aufl. St. Gallen u. Leipzig 1839“ finden sich die Metastasen des Breitesten besprochen. Ich hatte Anstand genommen, die darin niedergelegten Ansichten als die damaligen Schönlein's anzusehen, weil Virchow in seiner Gedächtnissrede auf Letzteren die Zuverlässigkeit der Herausgeber bestreitet, aber ich finde das Werk (nur eine spätere Auflage, als die in meinem Besitze befindliche) vielseitig citirt, so von Waldenburg, Thomas u. A. Ich excerpire eine kurze Notiz (aus Theil III S. 6) „Die älteren Aerzte, ihrer Ansicht vom Wesen der Im-

petigines gemäss, haben immer als einen Grundsatz ihrer Pathologie aufgestellt, dass nach Vertreibung impetiginöser Formen, Befallen innerer Organe eintritt. Anders die neuere Schule, die in der Zerstörung gar keinen Nachtheil, ja in derselben und zwar in der möglichst schnellen Vernichtung die einzige Heilaufgabe zu finden glaubt. Befragt man dagegen die Erfahrung, so zeigt sie in der niederen Volksklasse namentlich eine Menge chronischer Krankheiten nach, als deren Ursache vertriebene Hautausschläge angesehen werden müssen. Autenrieth hat das Verdienst dieses Nachweises (in einem klassischen Werke über die Krätzkrankheiten gibt er die Zahl der jährlichen Todesfälle durch unterdrückte Krätze allein im kleinen Königreich Württemberg auf 12000 an). Die Nachkrankheiten in Folge des Vertreibens sind Entzündungen (Meningitis, Peritonitis, Pleuresie, Carditis impetiginosa etc.) und Tuberculose. Welches Organ befallen werde, scheint einmal von der impetiginösen Form abzuhängen. Einzelne Formen z. B. Scabies befallen fast alle Gebilde; andere z. B. Herpes nur bestimmte, die Lunge oder was häufiger ist, den Magen. Häufiger als Haematosen sind Neurosen in Folge vertriebener Hautausschläge. Am seltensten wird das Gehirn befallen und wenn, vorzugsweise die vordere Partie, so entsteht eine eigenthümliche Form von Schwindel — Krätzschwindel — oder es kommt zur idiopathischen Epilepsie oder zu Amaurose" u. s. f. fast bis ins Unbegrenzte.

Zurückhaltender, aber doch ähnlichen Sinnes ist die Erklärung in Canstatt's Specieller Pathologie und Therapie (3. Aufl. von Henoch. Erlangen 1856. Bd. III. S. 857 u.ff.) zu einer Zeit gegeben, als Hebra's Lehren schon allbekannt waren. „Man verstand unter Metastasen der Hautkrankheiten das Verschwinden einer Hautkrankheit und die darauffolgende Entwicklung einer inneren Krankheit, welche man eben von dem Zurückweichen der Krankheitsstoffe von der Hautoberfläche nach innen abhängig machte und dadurch heilen wollte, dass man die versiegte Absonderung auf der Haut wieder hervorrief. Dass ein solcher Connex wirklich vorkommt, wird durch zahlreiche Thatsachen ausser Zweifel gesetzt, nur entspricht die früher übliche Erklärungsweise derselben, die schon durch die Entdeckung der Krätzmilbe einen argen Stoss bekam, nicht mehr dem jetzigen Stande der Wissenschaft. Chausit verwirft mit Recht die Annahme des Zurück-

retens eines eigenthümlichen Krankheitsstoffes, wofür uns bis jetzt
lle sicheren Beweise fehlen, und lässt die sogenannte Metastase
ur durch Uebertragung der krankhaften Thätigkeit auf dem
Wege der Sympathie zu Stande kommen. . . . Chausit macht
larauf aufmerksam, dass im Allgemeinen die Symptome der so-
genannten Metastase mit der Natur der vorausgegangenen Haut-
krankheit übereinstimmen, dass z. B. nach dem Verschwinden
einer Hautneurose, wie der Prurigo, nervöse Störungen in der
Lunge (Asthma) oder im Magen (Cardialgie) entstehen, dass mit
der Entzündung oder anderen Affectionen der Talgdrüsen nicht
selten Störungen der Leberfunctionen abwechseln u. s. w. . . .
Offenerhalten und Betheiligung sämmtlicher Se- und Excretions-
organe ist eine der wichtigsten Hilfen in der Behandlung chronischer
Hautentzündungen. Die evacuirende Methode, besonders durch Ab-
führmittel, die man an den zwar nicht wissenschaftlich, aber
empirisch gerechtfertigten Begriff einer den Hautkrankheiten eigen-
thümlichen Schärfe knüpft, hat von jeher in der Therapeutik dieser
Affectionen eine grosse Rolle gespielt, und ist auch in der That
von entschieden günstiger Wirkung. Auch das mit der äusseren
Haut in inniger Wechselbeziehung stehende Harnsystem muss
daher durch Diuretica angesprochen werden. Die Tinctura Cantha-
ridum nimmt in dem Heilmittelschatze gegen Hautkrankheiten
einen hohen Rang ein. . . Wenn der Ausschlag lange Zeit be-
standen hat, mit beträchtlicher Reizung und Absonderung ver-
bunden war, und man annehmen muss, dass sich vielleicht der
Organismus gewissermassen daran gewöhnt habe und die Ver-
siechung der pathologischen Secretion üble Folgen für das Ge-
sammtbefinden nach sich ziehen könne, so ist es der Vorsicht
gemäss vor der völligen Vertrocknung des Ausschlags eine oder
mehrere Fontanellen anlegen zu lassen.“

Aehnlich wie von Chausit ist auch von anderen Neuro-
pathologen im Interesse des Systems die alte Metastasenlehre be-
kämpft worden. Es wird auch an einzelnen Stimmen nicht gefehlt
haben, die aus Erfahrungsgründen oder von irgend welchen theo-
retischen Schlüssen ausgehend, die depuratorische Wirkung der
Hautausschläge bezweifelten und Localbehandlung empfahlen. Sehen
wir doch den alten Richter schon darauf hinweisen und vor den
Ausschreitungen der Humoralpathologie warnen. Die anderen

Citate werden — wie ja auch zum grössten Theil die Richters selbst — beweisen, welche Ansichten bis zu Hebra die allgemein giltigen waren. Man nahm die meisten Ausschläge gleich dem Secret äusserer Geschwüre und Fisteln für ein Excret des mit Schärfen überladenen Blutes oder für eine günstige Ableitung von inneren Organen; nach dem „Verschmieren“ durch ärztliche Kunst oder dem Zurücktreten durch Erkältung oder andere noch unbekanntere Verhältnisse war Allgemeinleiden oder Erkrankung innerer Theile zu gewärtigen. Verschwanden nässende oder eiternde Exantheme nach langem Bestande, so war noch die Verhinderung der habituellen Secretion zu fürchten, auch wenn man sich keine pathischen Stoffe im Blute zurückgehalten dachte. In allen Fällen war das Heil nur von dem Wiedererscheinen des Exanthems zu erwarten, daher man dieses hervorzurufen oder künstlichen Ersatz durch Fontanellen u. A. herzustellen suchte. Es ist nun sehr interessant zu verfolgen, wie Hebra in seinen früheren Publikationen sich anfangs schüchtern, dann immer schroffer gegen die Schulansichten, in denen er auch erzogen war, wendet. In der ältesten mir zugänglichen Schrift Hebra's (Med. Jahrbücher des k. k. österreichischen Staates. Wien 1842. Bd. 40. S. 86. Jahresbericht aus Skoda's Abtheilung für chronische Hautausschläge) behauptet er, mit ziemlicher Gewissheit schliessen zu können, dass nicht jede Krätze durch Ansteckung entstehe, ob jedoch dieser spontan sich entwickelnden Scabies nothwendig ein Leiden der ganzen Säftemasse zu Grunde liegen müsse, oder ob vielleicht eine eigenthümliche Beschaffenheit und krankhafte Thätigkeit des Hautorgans bei einwirkender schädlicher Potenz schon hinreiche, diese Uebel in bestimmten Fällen zu erzeugen und zu regeneriren, dieses sei eine andere noch unerörterte Frage. . . . Folgt die Erörterung, nach der Hebra es nicht für sehr gewagt hält, sich gegen die Annahme einer Dyscrasia psorica auszusprechen. — Aus dem Jahre 1845 stammt der Aufsatz: Ueber die richtige Diagnose der Hautkrankheiten (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien Jahrgang I. Bd. II), in der der herpetischen Dyskrasie der Krieg erklärt und eine genaue Unterscheidung der dyskrasischen von den localen Hautkrankheiten gefordert wird. Darin heisst es (S. 338): „Wem es in den Sinn kommen sollte . . . Psoriasis . . . blos durch äusseres Verfahren heilen zu wollen, würde vergebens dem

ersehnten Ziele entgegen sehen. — Endlich in den dermatologischen Skizzen (Ibidem Jahrgang III. Bd. I. 1846), in denen die ganze Metastasenlehre für eine Irrlehre erklärt wird, verweist Hebra (S. 355) Jeden, der sich über das Entstehen von Metastasen gründlich belehren will, auf Henle's Handbuch der rationellen Pathologie (Braunschweig 1846), das die praktischen Forschungen der physiologischen Schule zum Ausdruck bringe. Und was finde ich in der angezogenen Stelle? Unter anderen Folgendes (Bd. I. S. 345): „Jede Art von Sympathie und Antagonismus gibt zu Metastasen Gelegenheit; die Sympathie zwischen Parotis und Hoden, Uterus und Brüsten ist sogar hauptsächlich aus den Metastasen erschlossen, welche in Krankheiten von einem dieser Organe zum anderen vorkommen. . . Ich muss noch die bedenklichen, einer näheren Erklärung bis jetzt unzugänglichen Zufälle erwähnen, welche nach Unterdrückung von Flechten und Fussschweissen, nach Heilung von atonischen Fussgeschwüren und Mastdarmfisteln entstehen. Die Absonderungen, welche durch die kranken Flächen geliefert wurden, sind zum Theile zu unbedeutend und die consecutiven Processe, am häufigsten Lungentuberculose zu sehr eigenthümlich dyskrasischer Natur, als dass man die letztere allein von der Vermehrung, d. h. von der aufhörenden Veränderung der Blutmasse herleiten könnte. Hier kann man nicht umhin, an die Zurückhaltung einer pathischen, dem Organismus verderblichen Materie zu denken, so erfolglos auch die Versuche, eine solche nachzuweisen, geblieben sind. . . . In der ganzen Reihe der bisher aufgezählten Metastasen findet sich noch keine, welche der Definition, wie sie die Humoralpathologie gibt, vollkommen entspräche. Das Gemeinsame ist zwar überall ein Ueberspringen des Krankheitsprocesses, aber nirgends findet das in der Art statt, dass die Gefässe ein bereits abgelagertes Krankheitsproduct von einem Ort zum andern transportirten. Ich will schliesslich die Möglichkeit eines solchen Vorganges nicht in Abrede stellen, jedoch scheint er sich nur unter seltenen Bedingungen wirklich zu ereignen.“ Für eine solche Bundesgenossenschaft wird sich wohl Hebra nicht lange danach schönstens bedankt haben.

Einen klaren Ueberblick über Hebra's Wirken und seine Lehre gibt sein grosses Werk über Hautkrankheiten (in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Band III.

Aufl. 2. Erlangen 1874—76 unter Kaposi's Mitarbeiterschaft vollendet), seit dessen Erscheinen die Dermatologie eine andere Gestaltung gewonnen hat. Aber was Hebra in der Lehre von den Metastasen geleistet hat, ragt über den Rahmen der Dermatologie hinaus; seltsam genug, dass der begeisterte Anhänger Rokitansky's, selbst eine gefeierte Grösse der Wiener Schule, als Vorkämpfer aufgetreten ist — für die Cellularpathologie. Der Weg, auf dem Hebra dahin kam, alle psorischen, herpetischen, impetiginösen Dyskrasien, alle Metastasen in dem damaligen Sinne der Versetzungslehre zu läugnen, liegt klar vor Augen. In den hochbedeutsamen dermatologischen Skizzen schildert er es selbst: „Wer meine zu Anfang meiner dermatologischen Studien in's Leben gesetzten Ansichten über Hautkrankheiten (Med. Jahrb. 1842—44) mit meinen später entwickelten (Zeitschr. der k. k. Gesellschaft der Aerzte I. u. II. Bd.) vergleicht, der wird leicht einsehen, dass ich anfangs in denselben Vorurtheilen und Theorien befangen war, wie jeder andere Arzt. . . . Der herrschenden Meinung zufolge, dass alle Hautkrankheiten dyskrasischen Ursprunges sind, suchte man in den Laxanzen, im Antimon und anderen inneren Mitteln . . . sein Heil, doch wie jeder praktische Arzt zu seinem Missvergnügen oft genug erfahren haben wird — umsonst. Die Insufficienz nun der sogenannten innerlichen Heilmittel bei Behandlung von chronischen Hautkrankheiten und nicht etwa Oppositionsgeist der Neuerungssucht zwang mich, auf andere Wege zu sinnen, um zum Ziele zu gelangen. Es widerstanden zwar viele Dermatosen lange den therapeutischen Eingriffen, manche konnten gar nicht geändert werden, andere kehrten kaum entfernt in kurzer Zeit wieder, aber in keinem einzigen Falle unter 15000 sah ich je eine Metastase einer chronischen Hautkrankheit, noch ein wegen Aufhören derselben in einem anderen Theile des Körpers entstehendes Leiden.“ Weiter wird dann auch ausgeführt, worauf nach des Autors Meinung der Irrthum der Lehre von den Metastasen chronischer Ausschläge beruht, aber ich ziehe es vor, darüber eine noch prägnantere Auslassung aus dem Lehrbuch (Abtheil. I. S. 60) hieherzusetzen: „In Folge von Anämie der Haut durch anomale Innervation sehen wir beim plötzlichen Eintritt einer Ohnmacht vorhandene, durch Röthungen sich kundgebende Dermatosen verschwinden und bei rückkehrendem Bewusstsein wieder erscheinen;

aus demselben Grunde erblassen in der Agonie geröthet gewesene Hautstellen. Denselben Einfluss auf mancherlei Hautübel hat nun auch die vom Blutverluste herrührende Hautanämie, es mag dieselbe schnell durch Blutungen oder nur allmälig durch Consumption der Blutmasse entstanden sein. Darum schwinden chronische Hautleiden, wenn fieberhafte oder langwierige Erkrankungen des Gesammtorganismus, wie Pneumonie, Typhus etc. einen Säfteverlust veranlassten, und zwar geschieht dies in dem Maasse als die Allgemeinkrankheit vorschreitet. So hat man Gelegenheit zu beobachten, dass chronische Dermatosen mit acuten Erkrankungen innerer Organe alterniren, da jene auf die Dauer der letzteren schwinden und erst dann wieder zum Vorschein kommen, wenn die Reconvalescenz von dem innerlichen Uebel im Gange ist. Nie findet das umgekehrte Verhältniss statt, dass nämlich die Hautkrankheit früher schwindet, und dass das Erkranken der inneren Organe als Folge davon auftrete.“ (Ob wirklich Anämie der Haut immer das Mittelglied bildet? Auch bei Scarlatina und anderen acuten Exanthemen schwindet der früher bestandene chronische Ausschlag, während doch die Haut sicher hyperämisch ist. Ist es nicht vielmehr in vielen Fällen der Stoffhunger des Organismus, die Aufsaugung alles Resorbirbaren durch den lebhafteren Stoffumsatz, unter dem Mangel der Nahrungszufuhr? Wissen wir doch, dass es bei hungernden Thieren zu Resorption so lebenswichtiger Organe, wie Hoden und Leber kommen kann. [1]).

Hebra ging in der Verfolgung der Metastasenlehre noch weiter. Zunächst geschah es in Vertheidigung der eigenen Principien, wenn er das „Verschmieren,“ das Zurückdrängen durch örtliche Mittel darum für unmöglich erklärte, weil die Haut geeignet sei, medicamentöse Stoffe selbst bei unverletzter Epidermis aufzunehmen und dem Blute zuzuführen (Lehrbuch Abth. I. S. 34). Nun, einmal ist diese Behauptung heute schwer haltbar, aber es wäre auch gar nicht gelegen, wenn z. B. Bleipräparate, die Hebra mit so vielem Erfolge lange Zeit hindurch gebrauchen lässt, so das Ungt. Diachyl. bei Ekzem, zur Resorption käme. — Aggressiver ging Hebra von Früh an gegen „die so beliebte ätiologische Pandora-Büchse, genannt Erkältung“ vor. Seiner Ansicht nach

[1]) Lehrbuch d. Physiologie v. Grünhagen. Bd. I. Leipz. 1876. S. 415.

ist es besser, seine Unwissenheit in Bezug auf die Aetiologie einer Krankheit einzugestehen, als sich hinter nichtssagende, der Wissenschaft unwürdige Gemeinplätze, wozu vor Allem der Ausdruck Erkältung gehört, zu verschanzen, um den Satz „obscure obscurioribus dilucidare“ bekräftigen zu helfen (Ibidem S. 459). Es wird wohl wenig Aerzte geben, die nicht im Stande wären, Fälle von Pneumonie, Synovitis, Tonsillitis oder andere mit Sicherheit auf zweifellose Erkältungen zurückzuführen, indem die Wirkung der Ursache unmittelbar folgte. Dass eine allgemeingiltige Erklärung nicht vorhanden ist, dass z. B. Bartels [1]) auf den Schaden der collateralen Fluxion für sich allein oder in Verbindung mit Veränderungen der Blutwärme hinweist; Seitz [2]) auf reflectorische, von den sensiblen Hautnerven ausgehende Vorgänge, kann an der Erfahrungsthatsache nicht irre machen.

Wie es Hebra daran lag, die Erkältung als eine oft beschuldigte Ursache des „Zurücktretens“ von Exanthemen zu discreditiren, so sucht er auch eine andere Stütze der Metastasenfurcht, die ganze Lehre von der revulsiven Methode zu vernichten. In der energischen Bekämpfung der Vorstellungen von der Nothwendigkeit, früher bestandene Ausschläge zur Entlastung anderer Organe wieder herzustellen; Fontanellen anzulegen zur Ausscheidung von Blutschärfen oder als Ersatz für erloschene habituelle Secretion; hydropathisch erzeugte artificielle Ekzeme für kritische Ausscheidungen zu halten, geht Hebra so weit zu behaupten, dass es unmöglich ist, durch einen künstlich gesetzten Hautreiz eine im Gehirn, der Lunge, den Unterleibsorganen vorhandene Störung zu heben oder zu lindern (l. c. S. 447). „Obschon eine unbefangene Beobachtung und die Kenntniss des normalen Verlaufes von derlei Krankheiten gewiss niemals die in die Blasenpflaster gesetzte Hoffnung rechtfertigt, so ist dennoch die grosse Cohorte der alltäglichen Menschen von dieser Ausgeburt der Oberflächlichkeit nicht abzubringen, und es bleibt einer künftigen Zeit überlassen, diese aus der hippokratischen Medicin auf die Gegenwart vererbten Torturen in den Bereich der

---

[1]) Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1875. Bd. IX. 1. Hälfte S. 226.

[2]) Ibidem. Bd. XIII. 1. Hälfte S. 219.

Geschichte zu verweisen" (l. c. S. 679). Trotz dieser kräftigen Ansprache wird auch in diesem Punkte der Praktiker nicht folgen wollen, wenngleich auch hier die theoretischen Arbeiten (O. Naumann[1]), Heidenhain[2]), L. Jacobson[3]) u. A.) zu keinem entscheidenden Resultat geführt haben[4]).

Dasselbe gilt von den bei Störungen der Menstruation und periodischen Hämorrhoidalflusses eintretenden Blutungen aus Wunden, Geschwüren, u. s. f., deren Vicariren von Hebra durchaus geläugnet wird. Schröder[5]), Leube[6]), C. O. Weber[7]) um einige Gewährsmänner der Gegenansicht anzuführen, vertreten wohl den allgemeiner gültigen Standpunkt.

Aber diese Abweichungen sind unbedeutend gegenüber den grossen Errungenschaften, die wir der genialen Beobachtungsgabe Hebra's auch in dem Gebiete der Metastasenlehre verdanken oder zu verdanken glauben durften. Die dunklen Existenzen der psorischen, herpetischen, impetiginösen Dyskrasien schienen definitiv beseitigt; die Lehre von den Versetzungen durch Hebra's dermatriatische Erfolge und durch die Umkehrung des bis dahin angenommenen Causalnexus auf's äusserste erschüttert. Wie schon erwähnt, in neuer Zeit scheint die Furcht vor Metastasen wieder reger zu werden, und wie in der Wissenschaft auch in der Kunst eine Umkehr zu fordern.

Ein Hauptangriff wendet sich, wie von Alters her, wieder gegen die Localbehandlung des impetiginösen Ekzems an Kopf und Gesicht der Kinder. F. v. Niemeyer (Lehrbuch der spec. Pathologie und Therapie 7. Aufl. Berlin 1868. Bd. II. S. 480) hält in solchen Fällen eine energische örtliche Therapie für unerlaubt oder doch für vermessen. Die Thatsache, dass nach dem Verschwinden derselben sich oft Bronchialkatarrh, Croup, Hydro-

---

[1]) Prager Vierteljahresschrift Bd. 77 u. 93.

[2]) Pflüger's Archiv für Physiologie Bd. III u. V.

[3]) Virchow's Archiv für path. Anatomie Bd. 67.

[4]) So auch Nothnagel, Handbuch der Arzneimittellehre. 2. Aufl. Berlin 1874. Artikel Canthariden.

[5]) Ziemssen's Handbuch u. s. w. Bd. X. S. 307.

[6]) Ibidem Bd. VII. 2. Hälfte S. 161.

[7]) Pitha — Billroth's Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. Bd. I. Erlangen 1865. S. 519.

cephalus entwickeln, sowie die Thatsache, dass zuweilen, wenn jene Ausschläge auftreten, langwierige Bronchialkatarrhe u. s. w. schnell verschwinden, sei nicht in Abrede zu stellen. Ebenso sei bei allen denjenigen Ekzemen erwachsener Personen, welche anscheinend vicarirend für andere während des Auftretens der Ekzeme verschwundene Leiden entstanden sind, eine örtliche Behandlung contraindicirt. Ihm (Niemeyer) fehle der Muth, Ekzeme während deren Entwicklung eine lange bestehende Ophthalmie, eine chronische Verdauungsstörung oder ein anderes ernsthaftes Leiden verschwunden sei, örtlich zu behandeln. — Ganz ähnlich spricht sich Charles West aus (Pathol. und Therapie der Kinderkrankheiten. 5. Aufl. von E. Henoch. Berlin 1872. S. 319). „Ich muss noch der häufig bei zahnenden Kindern auftretenden ekzematösen und impetiginösen Ausschläge im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut erwähnen. Das alte Vorurtheil, dass Hautkrankheiten in diesem Alter gesund seien und nicht vertrieben werden dürfen, hat wohl etwas Wahres für sich. Fälle, in denen nach dem plötzlichen Verschwinden eines Kopfausschlages während der Dentition, Convulsionen oder andere Symptome von Gehirnaffection eintraten, sind in der That nicht selten. Man darf diese Ausschläge daher nur durch die mildesten Mittel zu entfernen suchen und muss jedem Anzeichen von Gehirnaffection auf das Sorgsamste entgegenarbeiten. Oft bemerkt man beim Fortschreiten der Heilung das allmälige Auftreten von Symptomen anderer Krankheiten. Dann ist es besser, das locale Uebel lediglich in gewissen Schranken zu halten, als die völlige Heilung erzwingen zu wollen, wodurch vielleicht bedeutendere Krankheiten hervorgerufen werden könnten.“ — Des berühmten Handbuchs der Kinderkrankheiten von Barthez und Billiet (2. Aufl. Aus dem Franz. von Dr. Hagen, Leipzig 1855. Bd. II. S. 94) will ich nur beiläufig erwähnen, weil es älteren Datums ist, die darin angeführte und angenommene Ansicht Trousseau's gar vom Jahre 1844. Auch hier wird die Möglichkeit eines „Zurücktretens“ im alten Sinne angenommen, aber nur in dem Falle von Localbehandlung abgerathen, wenn unter dem Ausbruch der Ausschläge die Gesundheit eines vorher leidenden Kindes sich gebessert hat. — Henoch (Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge. Berlin 1868 S. 217) ist durch zwei Fälle, in denen nach künstlicher oder

spontaner Heilung eines Ekzema impetigin. capitis kleiner Kinder Pleuritis resp. Bronchitis eintrat und mit Reconvalescenz das Hautleiden sich herstellte, wieder zu der Ansicht gelangt, dass Metastasen von der Haut nach inneren Organen wohl vorkommen mögen; und seither auf der Hut, Ausschläge von sehr langer Dauer sofort durch Localmittel zu coupiren. — In Bezug auf das Zurücktreten des Exanthems bei Masern und Scharlach habe ich einige Angaben von Thomas zu notiren. Gelegentlich der Besprechung der Masern (Ziemssen Bd. II. Leipzig 1874. S. 41) sagt derselbe: „Vielleicht hat auch zur Erklärung einzelner Fälle wahrer Recidivmasern die Annahme Meissner's, dass es sich um eine zeitweilige Unterdrückung (Metastase) und späteres Wiedererscheinen des krankhaften Processes handle, einige Berechtigung. So beobachtete Brückmann einen Knaben, der nach normalem Ablauf der Masern einen äusserst heftigen Stickhusten bekam, welcher über vier Wochen lang anhielt und erst nach einem zweiten Ausbruch der Masern, der in gewöhnlicher Weise stattfand, verschwand.“ Gelegentlich des Scharlach (S. 288): „Bei zögernder Eruption gelingt es manchmal durch Senfteige und Speckeinreibungen dieselbe zu beschleunigen, Diaphoretica können bei mässigem Fieber ebenfalls versucht werden. Ein allzu rasch erbleichendes Exanthem wird manchmal durch die gleichen Mittel noch einige Zeit auf der Haut erhalten; man versuche es jedenfalls, wenn sich gefährliche Zufälle einzustellen drohen. Erscheinen solche aber wirklich und genügen diese leichteren Methoden nicht, so zögere man nicht mit energischeren Eingriffen. Von äusseren Mitteln eignen sich hiezu nach Wunderlich das warme Bad, die warme und heisse Uebergiessung, die einfachen heissen und sinapisirten Kataplasmen, die hydrotherapeutische Einpackung, die kalte Begiessung mit nachfolgendem Einhüllen in warme Tücher; von inneren Mitteln sind die diaphoretischen Infusa, Ammoniak und Moschus zu verwenden. Max Langenbeck lobt den Gebrauch des heissen Bügeleisens in Verbindung mit einem Senfbad und einer Einpackung zum Schwitzen.“ Ich kann es mir doch nicht versagen, an dieser Stelle auf denselben F. v. Niemeyer (l. c. Bd. II. S. 603) zu verweisen, dessen Warnung vor Localbehandlung der Kinderekzeme oben angeführt ist. Niemeyer nennt das Aufstellen einer auf „Wiederhervorrufen des Exanthems gerichteten

Intention ebenso unwissenschaftlich wie gefährlich; das Zurücktreten sei eben die Folge, nicht die Ursache innerer Erkrankung. — Nach dieser Abschweifung gehe ich wieder zur Anführung der Gegner. Röhrig (die Physiologie der Haut. Berlin 1876. S. 69) findet es bedauerlich, dass wir für die aus der plötzlichen Unterdrückung des hervorbrechenden Schweisses unmittelbar resultirenden Krankheiten noch immer keine andere genügende Erklärung haben, welche uns die alte Anschauung von gewissen im Blute zurückgehaltenen, chemisch zur Zeit noch unbekannten schädlichen Substanzen vergessen liesse. „Die Behauptung Hebra's von der Unschädlichkeit rascher Beseitigung der chronischen Hautkrankheiten, denen auch die localen Schweisse zuzuzählen sein dürften, erledigt die Sache keineswegs, indem dieser Ansicht gegenüber die entgegengesetzte von sehr erfahrenen Praktikern, von Fischer in Köln, Ditterich in München und vielen Anderen ebenso viel Achtung verdient. Letzterer hat noch vor einigen Jahren niedergelegt, dass er sich des alten Vorurtheils nicht schäme, nachdem er sich namentlich deutlich davon überzeugt, dass sein Vater an den Folgen der im Publikum so sehr gefürchteten Unterdrückung habituell gewordener localer Schweissabsonderung zu Grunde gegangen sei.“ Einen noch prägnanteren Beweis für einen im Schweisssecret enthaltenen Stoff, dessen Retention im Blute schon in minimalen Spuren den Organismus stark erschüttern könne, liefert nach Röhrig ein von ihm angestelltes Experiment. Nach Injection von Schweiss (von Röhrig's eigenem Körper) in eine Halsvene eines Kaninchens sah er lebhaftes Fieber eintreten. — Eine grosse Bedeutung für die Metastasenfrage müssten die Knoten und Geschwüre der Leprösen haben, bei denen selbst Virchow (die krankhaften Geschwülste Bd. II. Berlin 1864—65. S. 508) geneigt ist, auf die Anwesenheit gewisser Acrimoniae im Blute, also auf eine Dyskrasie (wenn auch nicht auf eine permanente) zu schliessen. Die Ansicht Rust's, dass man Geschwulstbildungen als Allgemeinleiden aufzufassen und nicht chirurgisch anzugreifen habe, blieb bald nur für die malignen Neubildungen in einiger Geltung. John Simon, einer der geistreichsten modernen Pathologen (Virchow l. c. Bd. I S. 45) betrachtete die Krebsgeschwulst als ein neugebildetes Secretionsorgan, welches aus den circulirenden Säften die schädlichen Stoffe ausziehe und so das Blut depurire,

daher die Exstirpation einer solchen „eliminativen" Geschwulst schädlich sei. Die Hinfälligkeit dieser Theorie ist durch den Schöpfer der Cellularpathologie dargethan. Nun behaupten die eminenten Praktiker Danielssen und Boeck (Bergmann: die Lepra in Livland. Petersburg 1870. S. 40): „So lange die aus dem Zerfall der Knoten hervorgegangenen Geschwüre forteitern oder fortjauchen, fühlt sich Patient relativ wohl; sowie sie aber in Heilung übergegangen sind, stellen sich Fieber, tiefes, schweres Leiden, Consumtion und Hektik mit ihren Gefahren ein. Das schwere fieberhafte Allgemeinleiden kann den Kranken sofort verderben, oder es wird ihm noch Rettung. Dieselbe wird ihm nur dadurch, dass aufs Neue eine Flecken- oder Knoteneruption geschieht, mit deren Wiederauftreten das Fieber schwindet und eine Periode relativen Wohlseins folgt." Die Erfahrungen Bergmann's in der genannten Schrift sind denen Danielssen's und Boeck's entgegengesetzt (nicht conform, wie Kaposi in Hebra's Lehrbuch Th. II. S. 400 u. 434 angibt). Bergmann's Kranke mit tuberöser Lepra boten nicht gerade weit vorgeschrittene Krankheitserscheinungen, daher B. kein Urtheil über die Bedeutung der Geschwüre in späteren Stadien abgeben mag. Aber die Ulcerationen in früheren Perioden der Krankheit heilten ohne irgend welche schlimmen Folgen; einen Wechsel zwischen relativem Wohlsein mit Knoten und Geschwüren, und schwerem Kranksein ohne solche Affectionen hat B. nicht beobachtet; Ekzeme an Leprösen, die Danielssen und Boeck auch für depuratorisch und für ein Noli me tangere erklärten, hat B. rasch und total ohne ungünstige Folgen beseitigt. Und so erwähnt er auch bei der Besprechung der örtlichen Therapie der Lepra der Befürchtungen von Danielssen und Boeck mit keinem Worte, sondern er erklärt die Exstirpation von Knoten für ungefährlich und sucht die Geschwüre zu heilen.

In ein ganz anderes Gebiet, das an die alte Auffassung von Sympathie und Antagonismus erinnert, führen die folgenden Angaben. Nothnagel (Ziemssen l. c. Bd. XII. 2. Hälfte. S. 270) erklärt es für constatirt, dass epileptische Anfälle heftiger und häufiger auftreten, wenn ein etwa bestehender Hautausschlag verheilte und verschwanden beim Wiedererscheinen des Exanthems; diese und analoge Verhältnisse seien stets zu berücksichtigen.

Döllinger (nach Rigler bei Ziemssen Bd. IV. 2. Hälfte S. 258) behauptet, dass das in heissen Ländern häufiger vorkommende Asthma oft durch zurückgetriebene Flechten verursacht werde und sehr häufig nach dem Verschwinden von herpetischen Affectionen erscheine. Waldenburg (die locale Behandlung der Krankheiten der Athmungsorgane. 2. Aufl. Berlin 1872. S. 484) theilt mit, dass er zum Oefteren bei Personen, die zu Hautausschlägen disponirten, eine Art des essentiellen Asthma beobachtet habe. Es scheine ihm fast sicher, dass hier eine gewisse Wechselwirkung oder Verbindung zwischen dem Hautexanthem (Ekzem, Psoriasis, Lichen) und dem Asthma bestand und er möchte die Ansicht der Alten, die einen solchen Connex statuirten, einer aufmerksamen Beobachtung empfehlen. Vielleicht thäte man gut, diese Affection als Asthma herpeticum zu bezeichnen. (Seltsam und doch wohl wenig die Theorie unterstützend ist nun die Empfehlung des Arsenik, gegen dessen Wirkung ja auch gerade die genannten Ausschlagsformen sehr empfänglich sind. So sagt denn auch Waldenburg, nachdem er den günstigen Einfluss auf das Asthma hervorgehoben hat, dass in dem Falle gleichzeitigen Hautleidens, sich dieses (entweder) gleichfalls unter der Arsenikbehandlung besserte (oder durch Verschlimmerung zum Aussetzen des Mittels nöthigte).

Aber alle diese bisherigen metastasenfreundlichen Angaben werden weit überholt durch die früheren Auslassungen Waldenburg's in seinem Buche: die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrophulose. Berlin 1869. S. 509: „Die Unterdrückung von Absonderungen, die Heilung alter Geschwüre etc. als Ursache der Phthisis und Tuberculose wird von den Neueren nicht nur geläugnet, sondern als Fabel belächelt. Und doch haben die früheren Autoren bis zum Anfang unseres Jahrhunderts, die bedeutendsten und erfahrensten mit eingeschlossen, diesen Zusammenhang gelehrt. Mit welchem Rechte glauben wir über die Beobachtungen der Alten, über die Erfahrungen von Jahrtausenden mit solcher Leichtigkeit oder Leichtfertigkeit hinweggehen zu dürfen? Trauen wir Männern, wie F. Hoffmann, de Haën, Portal, Autenrieth, Schönlein und hundert Anderen wirklich so wenig echte Beobachtungsgabe und logische Urtheilskraft zu, dass sie den Fehler des post hoc ergo propter hoc nicht hätten

vermeiden können? Man behauptet, die Alten wären von der Metastasenlehre so befangen gewesen, dass ihr richtiges Urtheil dadurch verdunkelt wurde. Aber, müssen wir im Ernst fragen, waren die Alten etwa mehr von dem Wahne der Metastasenlehre befangen, als wir Skeptiker es waren von dem Wahne, die Metastasen seien ein Hirngespinnst, eine Fabel aus unwissenschaftlicher Vorzeit? Ich bin weit entfernt, den Anschauungen der Alten in ihrer ganzen Ausdehnung beizutreten; nur das möchte ich erstreben, dass man dieselben von nun an unbefangen prüfe.“ Nachdem dann ein Fall mitgetheilt wird, in dem das kalte Bad zur Zeit der Menstruation und die dadurch herbeigeführte Suppressio mensium als die Ursache der nachfolgenden Phthisis angesehen wird, und zwei Fälle, in denen der Zusammenhang der Phthisis mit der Heilung von Mastdarmfisteln kaum zu bezweifeln sei, heisst es weiter: „Es bleiben Fälle übrig, die auf die Hypothese der Alten zurückführen, nämlich dass unter Umständen Stoffe der regressiven Metamorphose auf dem Wege bestehender Exutorien (Geschwüre, Ausschläge etc.) regelmässig nach aussen entfernt werden, und daher, wenn diese Abzugsquellen plötzlich sich verstopfen, jene Stoffe im Körper retinirt werden, sich in inneren Organen ablagern und Erkrankungen derselben bedingen. . . . Hautausschläge und Geschwüre, die seit langen Jahren eingewurzelt sind, suche man nicht durch locale Application starker Adstringentien plötzlich zu unterdrücken, sondern bemühe sich, durch Anwendung milder Topica, Bäder u. s. w. in Verbindung mit einer innerlichen antidyskrasischen Medication allmälig zu bessern oder, wo es angeht, zu heilen. Mastdarmfisteln operire man bei Personen mit phthisischem oder scrophulösem Habitus oder auch nur bei schwächlichen Individuen niemals; bei kräftigen robusten Personen verstehe man sich nur zur Operation, wenn die Fistel noch nicht sehr lange bestanden hat, wenn die Beschwerden durch dieselbe sehr beträchtlich sind und nachdem man die mögliche Gefahr der Operation dem Patienten eindringlich vorgehalten hat. — Stellen sich nach der Heilung von Ausschlägen und Geschwüren Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane ein, so halte man sofort eine ableitende Medication inne; am besten in dieser Beziehung ist eine Fontanelle oder ein Haarseil.“

Dyscrasia herpetica rediviva! Wenn Waldenburg die alte Metastasenlehre nur wieder geprüft sehen will, so sind seine therapeutischen Vorschriften schon ganz entsprechend ihrer Gültigkeit. Ich habe nicht ohne Grund zu Anfang so viele Citate mitgetheilt und mich so der Gefahr ausgesetzt, ein sat superque zu vernehmen. Ich glaube aus jenen Citaten schliessen zu dürfen, dass wir Manches seitdem gelernt und das Recht erworben haben, Manches zu vergessen. Aber wenn von so gewichtiger Seite eine Revision der ganzen Lehre gefordert wird, wenn so viele hervorragende Aerzte (und deren Zahl wäre gewiss von Beleseneren leicht zu vermehren) von beobachteten Metastasen berichten, so ist eine erhöhte Aufmerksamkeit dringend geboten. Es sei mir erlaubt, in wenigen Worten meine Ansicht mitzutheilen. — Entscheiden kann hier nur die Beobachtung, nicht die Theorie. Wenn Waldenburg durch die Cohnheim'schen Untersuchungen über die Herkunft von Eiterzellen aus dem Blute die Voraussetzung nahe gelegt sieht, dass durch eiternde Flächen mit dem Eiter auch fremdartige, vielleicht krankhafte Producte aus dem Blute dauernd ausgeschieden werden können (l. c. S. 520), so scheint mir die Ansicht Virchow's dem heute gerade so entgegenzustehen wie früher. Auch Virchow stimmt darin mit den Alten überein, dass er eine Verunreinigung des Blutes mit verschiedenen Substanzen zulässt, und diesen Substanzen eine reizende Einwirkung auf einzelne Gewebe (Schärfen, Acrimoniae) zuschreibt. Aber für jede anhaltende Dyskrasie sei eine erneuerte Zufuhr schädlicher Stoffe in das Blut vorauszusetzen (Cellularpathologie 3. Auflage. Berlin 1862. S. 127).

Somit bleibt den Eiterungen und Absonderungen doch der Charakter localer Gewebsstörungen gewahrt, und Waldenburg sagt selbst, dass bei solcher Theorie die alte Metastasenlehre nach den ersten Grundanschauungen der Wissenschaft fast undenkbar erscheinen musste. — Die pathologische Anatomie und Chemie hat bisher auch nichts zur Lichtung des Dunkels beigetragen. So sicher die Entstehung metastatischer Abscesse nach Thrombose und Embolie, von Knochenerde-Metastasen in Lunge und Magen nach Resorption von Kalksalzen bei Osteomalacischen constatirt sind, so verständlich die Fortschwemmung von infectiösen Zellen oder Säften maligner Tumoren in die nächsten

Lymphdrüsen dargestellt ist, eine Stütze für „herpetische“ Schärfen oder für Rententionsstoffe im Blute nach Aufhören habitueller Secretionen ist weder chemisch noch anatomisch gefunden, also auch nicht zu discutiren. Das Experiment Röhrig's ist gewiss beachtenswerth; aber aus einem einzigen Versuche, bei dem überdiess — um nur auf eine Fehlerquelle hinzuweisen — Menschenschweiss, also immerhin eine differente Materie einem Kaninchen injicirt wurde, kann man doch unmöglich weitergehende Schlüsse ziehen. — Die klinischen Stützen sind vor Allem die Beobachtungen über den Eintritt innerer Entzündungen nach Verschwinden eines Exanthems oder Geschwürs, über Besserung nach dem Wiederauftreten äusserer Abscheidungen, ferner das in bestimmter Richtung stattfindende Ueberspringen eines Krankheitsprocesses, von Parotis zu Hoden, von (blennorrhoischer) Urethra zur Epididymis.

Ich beginne mit dem letzteren Punkt, der leichter zu erledigen ist. Die Anschauungen über den Verlauf der Gonorrhoe hatten früher manchen Beitrag zur Versetzungstheorie geliefert, der vor der neueren Kritik nicht Stand hielt. Die so gefürchtete Blenorrhoea conjunctivae hat sich ihres früheren metastatischen Charakters begeben und nicht anders ist es mit der Epididymitis bestellt. Nur wenn dieselbe mit lebhafterer Allgemeinreaction einhergeht, pflegt der Ausfluss zu schwinden und manchmal sieht man gerade schon fast verschwundene Secretionen mit Eintritt der Epididymitis heftiger werden. Dunkel ist der — übrigens vielseitig geläugnete — Zusammenhang mit Gelenkaffectionen und Iritis, wobei auch ein Alterniren beschrieben wird, aber der ist gar nicht im Sinne der Metastasenlehre zu verwenden. Es wird Niemandem einfallen, eine Urethralblennorrhoe, und sei sie noch so alt, conserviren zu wollen, um nicht den Kranken der Gefahr einer Synovitis oder Iritis auszusetzen; man wird doch immer nur deren Eintritt fürchten, so lange noch Gonorrhoe vorhanden ist. — Die Orchitis (selten auch Mastitis, Elytritis) nach Parotitis epidemica ist offenbar ganz anders als metastatisch aufzufassen, wie schon aus ihrem regelmässigen Eintritt — etwa am sechsten Tage in den Fällen, in denen überhaupt solche Complication stattfand — hervorgeht. Ob man nun die Orchitis als O. urethralis mit Köcher (Pitha — Billroth l. c. Bd. III. Abtheil. II.

Lief. VII. 2. Hälfte S. 241) auffasst oder sie directer vom Blute aus durch specifische entzündungserregende Stoffe entstehen lässt, jedenfalls ist ihr keinerlei ableitende oder kritische Bedeutung zuzumessen. Ebenso wenig der zu Typhus, Scharlach und sonst zutretenden, auch metastatisch genannten Parotitis, die unter allen Umständen eine unliebsame Complication darstellt, ob es sich nun um eine Fortleitung einer Stomatitis durch die Speichelwege oder um eine specifische vom Blute aus zugeleitete Entzündung handelt. Ein vereinzelter Fall Billroth's (nach Köcher l. c.) der nach traumatischer Orchitis vorübergehende Schwellung der Parotis auftreten sah, scheint dafür zu sprechen, dass Reflexbeziehungen zwischen Parotis und Hoden bestehen mögen. Wir kennen ja solche „Sympathie" von Uterus und Brüsten; wir sehen Geschwülste der Mamma zur Zeit der Menstruation anschwellen und nachher abschwellen; wir wissen, dass eine Methode der künstlichen Frühgeburt (Scanzoni's) auf solche Reflexbeziehungen gegründet ist u. s. w. Aber in keinem Falle gilt uns die Entzündung des einen Organs für eine Ableitung von dem anderen; immer nur für eine Mitleidenschaft, die keine Entlastung mit sich bringt.

Den eigentlichen Streitpunkt bildet die hin und her wandernde materia peccans, in zweiter Linie steht die Gewöhnung des Organismus an habituelle Secretionen. Um zunächst bei den Hautkrankheiten und ihrer Localbehandlung zu bleiben, so glaube ich auf die Statistik hinweisen zu dürfen. Ich meine gar nicht die gewaltigen Zahlen Hebra's, der einmal Führer der interessirten Partei ist, und dem man gleich wie den anderen Dermatologen (gewiss nur mit beschränktem Recht) immer entgegenhalten würde, der Specialist sähe die Kranken nur so lange, als sie seiner Behandlung bedürftig seien. Aber ich kann auf Gerhardt (Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 3. Aufl. Tübingen 1874, S. 697) verweisen, nach dem die Heilung des Ekzems niemals Nachtheile bringt; auf Steiner (Compendium der Kinderkrankheiten. Leipzig 1872. S. 444), der mehr als 1000 Fälle chronischer Ekzeme an Kopf und Gesicht von Kindern fast durchweg ohne Rücksicht auf Dauer und Ausbreitung local ohne alle Nachtheile behandelt hat; auf Hüttenbrenner (Lehrbuch der Kinderheilkunde. Wien 1876. S. 517), der überall eine energische Local-

behandlung des Ekzems vorschreibt. Aber man lese bei Henoch selbst, wie unter einer bedeutenden Zahl örtlich behandelter Fälle nur zwei so verliefen, dass H. wieder an die Möglichkeit einer Metastase zu denken anfängt. Ja, wenn derlei ganz vereinzelte und noch so ganz anders deutbare Beobachtungen den Ausgangspunkt bilden dürfen für die Therapie, was würden wir nicht Alles von örtlichen Eingriffen aufzugeben haben. Kein Atherom dürfte vom Capillitium exstirpirt, kein Hämorrhoidalknoten kauterisirt, keine Zehe exarticulirt werden, denn man hat — und unzweifelhaft in Folge davon — Meningitis, Pyaemie, Trismus entstehen sehen. — Wenn ich über die Exantheme weiter hinausblicke, so sehe ich heute nirgend mehr die topische Behandlung durch Rücksicht auf eine Störung eliminativer Processe oder auf Gewöhnung des Organismus eingeschränkt. Dass man nicht ohne Noth an die Operation von Mastdarmfisteln der Phthisiker geht, geschieht aus Furcht vor fieberhafter Reaction und deren nicht zu bestimmenden Einfluss auf die phthisische Constitution. Aber wie lange und wie profus ein Carcinom, ein Sarcom, eine vereiternde Cyste secernirt haben mag, man exstirpirt sie, wenn es vollständig ausführbar ist, und um so bereitwilliger, je stärker und länger der Säfteverlust schon bestanden hat. Welcher Gynäkolog nähme heute Anstand, eine noch so alte Leukorrhoe gleichviel welchen Ursprungs zu beseitigen, ohne dass er daran denkt, eine Fontanelle zum Ersatz anzulegen! Ja, im Gegentheil, bei Caries eines Knie-, eines Ellbogengelenks, gerade wenn sie lange bestanden hat und profus secernirt, sucht der Chirurg durch Esmarch'sche Constriction das in der abzusetzenden Extremität — wenn amputirt werden muss — vorhandene Blut möglichst dem Körper zu erhalten und durch Lister'schen Verband die Wundeiterung zu beschränken. Und gerade die Exantheme sollten heilsame Exutorien sein oder durch Fontanellen ersetzt werden müssen! — Waldenburg sagt, man solle alte Hautausschläge nur durch Anwendung milder Topica, Bäder u. s. w. in Verbindung mit einer innerlichen antidyskrasischen Medication allmälig zu bessern suchen. Nun, um bei dem vielbestrittenen Ekzema impetiginodes zu bleiben, so ist dessen dyskrasische Natur zum Mindesten zweifelhaft. Aber gesetzt, es sei Scrophulose oder eine unbenennbare Blutentmischung die Ursache, sollen wir darum von der sofortigen örtlichen Be-

handlung abstehen? Wenn alte Lupusknoten, vorgeschrittene Coxarthrocace uns zugeführt werden, suchen wir nicht sofort deren materielle Grundlage aufzuheben, die örtlichen Störungen zu vernichten, während wir doch wissen, dass der eventuell gegebene Leberthran u. A. erst spät seine Wirkung entfalten kann? Fürchten wir dabei, ein eliminatives Verhalten zu stören? Es sind das nur Schlüsse aus der Analogie, die ich zu ziehen suche, und ich weiss wohl, dass sie nur beschränkten Werth haben können. — Nur Eines will ich noch hervorheben. Wenn man die Hautausschläge, Geschwüre, Fisteln so behutsam, event. gar nicht anzufassen lehrt, so denkt man etwas wenig an die möglichen Folgen von deren längerem Bestande. Ich mag die örtlichen Folgen vieler nicht heilenden Unterschenkelgeschwüre, mancher Mastdarmfisteln nicht weiter ausführen. Ich will nur auf die schlaflosen Nächte der ekzemkranken Kinder in Folge des Juckens und Kratzens, auf die Schwellung und vielfach auch Vereiterung von Lymphdrüsen hinweisen, auf die nachweisbare Vermehrung der weissen Blutkörperchen bei universellen Ekzemen. Ob nicht aus solchen Drüsen, ja aus der äusserlichen Secretionsstelle recrementitielle Stoffe (Virchow) in das Blut gelangen, Fieber erregen und so im fehlerhaften Zirkel zum Schwunde des Exanthems führen können?

Zum Schluss will ich im Anschluss an eine frühere Bemerkung (über Erkältungen) eine Einschränkung machen, die aber weder herpetische Schärfen noch habituelle Secretionen betrifft. Es heisst immer: Die plötzliche Unterdrückung des Ausschlags, des Secrets sei zu fürchten, während Hebra auch heute noch erklärt, er kenne zu seinem Bedauern kein solches Mittel, das im Stande wäre, eine chronische Hautkrankheit plötzlich oder binnen sehr kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. Aber ein wirklich plötzliches „Zurücktreten" des Blutes von äusseren Theilen nach inneren halte auch ich für möglich, und ein „Zurückdrängen", wenn es nicht mit den nöthigen Cautelen geschieht, für nicht jedesmal unbedenklich. Wenn in methodischer Weise bei Scharlach, Blattern u. s. w. mit Kälteeinwirkung vorgegangen wird, so wird der etwaige Schaden einer Hyperämisirung innerer Theile voraussichtlich durch die Abkühlung des Blutes mehr als aufgewogen. Aber dass man weder durch kaltes Wasser, noch durch kalte Luft, gleichviel wie angewandt, z. B. bei Blattern-Kranken

schaden könne, möchte ich nicht unterschreiben. Es wird wohl eines locus minoris resistentiae bedürfen, damit die plötzliche Zurückstauung des Blutes mehr als eine sich bald ausgleichende Hyperämie hervorrufe; einer Insufficienz der Nieren, die nach physiologischem Experiment [1]) zur Ausgleichung dienen; der im Fieber verminderten Fähigkeit der Hautgefässe zur Regulirung ihres Blutgehalts [2]). Aber ein derartiges Zurücktreten des Blutes beruht auf klaren physiologischen Verhältnissen und die Annahme einer solchen Möglichkeit hat nichts mit der alten Metastasenlehre zu thun.

---

[1]) Coloman Müller nach Winternitz Hydrotherapie. Wien 1877 Bd. I. S. 88.

[2]) Senator, Untersuchungen über den fieberhaften Process und seine Behandlung. Berlin 1873. S. 158.

Zur Genese der hereditären Syphilis

von

Dr. J. Caspary in **Königsberg**
in Preussen.

Die Lehre von der hereditären Syphilis hat durch eine, Ende 1875 erschienene Arbeit von Kassowitz [1]) eine bedeutende Bereicherung erfahren. Durch allseitige Ausnutzung eines grossen Beobachtungsmaterials wie durch scharfsinnige Kritik eigener und fremder Erfahrungen gleich hervorragend hat Kassowitz wie im Fluge das strittige Terrain für sich erobert; die wichtigste Streitfrage über die Genese der hereditären Syphilis scheint durch seine Arbeit erledigt, die ganze Lehre vereinfacht zu sein. Soviel Referate ich auch über die Arbeit von Kassowitz gelesen habe, nirgend bin ich einer irgend eingehenden Prüfung der Beweismittel, höchstens hie und da einem Zweifel begegnet, ob nicht manche Schlussfolgerung des Autors noch der Bestätigung bedürfe. Vielleicht bin ich der kategorischen, keinen Widerspruch zulassenden Sprache K's. darum weniger zugänglich gewesen, weil ich in derselben Zeit in diesem Journal eine kleine Arbeit zum Abdruck brachte, deren Resultat gerade über die Hauptstreitfrage ein entgegengesetztes war. Nachdem über ein Jahr vergangen ist, und von competenterer und erfahrenerer Seite kein Einspruch erhoben ist, halte ich es an der Zeit meine Bedenken mitzutheilen.

Die Beantwortung der Frage nach der Aetiologie der hereditären Syphilis bildet den Kern der Arbeit von Kassowitz, der freilich sonst noch viel des Instructiven und Anregenden darbietet. K. glaubt entschieden zu haben, dass die Uebertragung der Syphilis der Eltern auf das Kind einzig und allein durch den

---

[1]) Med. Jahrbücher von S. Stricker, Wien 1875. IV. Hft.

Act der Zeugung geschehe; dass die Erkrankung der Mutter an Syphilis nach stattgefundener Conception ohne Einfluss bleibe auf die Vererbung der Syphilis. Die Beweismittel sind theils theoretische Betrachtungen, theils klinische Erfahrungen, unter denen die eigenen des Autors obenan stehen. Zunächst wird die Theorie der Vererbung im Allgemeinen besprochen und die Anwendung derselben auf die Vererbung der Syphilis. „Die Uebertragung einer Krankheit auf das noch ungeborene Kind ist in zweierlei Weise möglich: Einerseits durch die Samen- und Eizelle — Vererbung im eigentlichen Sinne. Andererseits durch den Uebergang eines Giftes aus der mütterlichen Circulation in die fötale — Infectio intra uterum. (Bezüglich der Syphilis) ist zu erwägen, ob nicht beide Modi der Uebertragung möglich sind. Dagegen erheben sich aber schon von vorneherein sehr wichtige Bedenken. Vor Allem stünde eine solche alternative Vererbung einer Krankheit in der gesammten Pathologie vollkommen vereinzelt da. Es gibt gar keine Krankheit, welche durch die Zeugung vererbt und zugleich auch durch die intrauterinale Infection auf den Fötus übertragen werden könnte."

Ist das erwiesen? Wird nicht im Gegentheil angenommen, eine während der Schwangerschaft bei nicht erblich belasteter Schwangeren sich entwickelnde Geisteskrankheit könne den Keim legen zu späterer gleicher Erkrankung des Kindes; eine bis dahin gesunde, nicht hereditär disponirte Frau, die in der Schwangerschaft phthisisch erkrankte, könne ein Kind gebären, das später an Phthise zu Grunde geht, während die Väter beider Kinder gesund waren und blieben?

Kassowitz fährt fort: „(Noch wichtiger ist aber das Bedenken, dass zwei Vorgänge, die selbst so ausserordentlich verschieden von einander sind, denselben Effect hervorbringen können). Dieser Effect ist aber nicht nur einfach eine syphilitische Ansteckung des Kindes, sondern eine ganz eigenartige Affection, welche dem neuen Individuum von seinem Ursprunge an ihren Stempel aufdrückt, seine Entwicklung und sein Wachsthum in der eingreifendsten Weise alterirt, und mit der acquirirten Syphilis, d. h. mit derjenigen Erkrankung, welche durch die Einwirkung des syphilitischen Giftes auf ein früher gesundes Individuum entsteht, nicht nur nicht identisch ist, sondern im Gegen-

theil in der markantesten Weise differirt. Diese Verschiedenheiten beruhen auch keineswegs auf der Zartheit des kindlichen Organismus, denn wenn ein gesundes Kind kurz nach der Geburt syphilitisch inficirt wird, so unterscheidet sich seine Krankheit, trotzdem sie gleichfalls in einem wenige Wochen alten Kinde zur Entwicklung kommt, in keiner Weise von der Syphilis des Erwachsenen, wohl aber ganz auffällig von der vererbten Syphilis eines gleichaltrigen Kindes.“

Hier glaube ich mit dem Autor entschiedener rechten zu dürfen. Ich bin überzeugt, dass die hereditäre Syphilis mit der acquirirten identisch ist, dass die Differenzen lediglich durch die anderen Lebensbedingungen beider Reihen zu Stande kommen. Ich glaube ganz sicher erwiesen zu haben, [1]) dass die hereditäre Syphilis gerade so contagiös ist wie die acquirirte; dies zugegeben wird wohl niemand bestreiten, dass die Produkte bei beiden Ansteckungsarten vollkommen dieselben sind. Ich habe zum Ueberfluss [2]) zwei hereditär-syphilitische Kinder mit dem Secret ulcerirender Papeln, die durch acquirirte Lues entstanden waren, geimpft und das negative Resultat erhalten, an dessen jedesmaligem Eintritt in gleichem Falle ich gar nicht zweifle. Gegenüber dieser Identität der Contagien und ihrer Wirkungen fallen die bei hereditärer Lues eintretende [3]) frühzeitige Entwicklung tiefgreifender visceraler Veränderungen, die höchst eigenartige Affection des verkalkenden Knorpels und wachsenden Knochens an der Vereinigungsstelle der Epiphysen mit den Diaphysen, die diffuse syphilitische Infection der Haut, die so häufigen und gerade bei den schwerer afficirten Kindern zum Vorschein kommenden Blasensyphilide u. s. w. um so weniger ins Gewicht, wenn man einmal an die viel markanteren Differenzen in allen Lebensbedingungen des Fötus und des geborenen Individuums denkt; wenn man ferner erwägt, dass alle jene unterscheidenden Symptome bei unzweifelhaft erblicher Krankheit fehlen können. [4]) Folgerichtig müsste Kassowitz auch die Identität der Affection bei der ersten, die schwersten tödtlichen Symptome der Lues zeigenden

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1875. Nr. 41.

[2]) Ibidem.

[3]) Kassowitz S. 373.

[4]) Ibidem S. 476.

Frucht einer Syphilitischen und etwa der letzten, die erst Monate nach der Geburt an Haut- und Schleimhautleiden leicht und heilbar erkrankt, bestreiten. Es ist mir übrigens durchaus wahrscheinlich, dass wenn eine Infectio intra uterum durch die gravide Mutter stattfinden kann, was Kassowitz undenkbar, mir und vielen Anderen möglich erscheint, die Erkrankung der Frucht keine so intensive sein wird, als bei der ovulären oder spermatischen Vererbung eines recent Erkrankten, der nicht mercuriell behandelt wurde.

Kassowitz fragt dann weiter: Kann eine nicht syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebären? und antwortet: dass die Möglichkeit und grosse Häufigkeit der Geburt syphilitischer Kinder von nicht syphilitischen Müttern vollkommen erwiesen ist. Unläugbar haben besonders die eigenen Beobachtungen des Verfassers grosses Gewicht, doch kann ich den negativen Befunden das Entscheidungswort nicht zugestehen. Wenn man fragt, welche positiven Angaben ich vermisse, so wiederhole ich eine schon früher gegebene Antwort: [1]) „die Frage ob es gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder gibt, wäre sofort mit Ja zu beantworten, wenn auch nur in einem Falle an einer kürzlich von krankem Kinde Entbundenen die gewöhnliche Symptomenreihe der acquirirten Syphilis als Geschwür, Drüseninfiltration, Hautleiden zur Beobachtung käme. So lange das nicht geschehen ist, ist die Annahme erlaubt und gut gestützt, dass solche Mütter nicht inficirbar, weil erkennbar oder latent syphilitisch sind.“ Kassowitz sagt, man könne die Latenz keineswegs in dem Sinne auffassen, dass ein Individuum, welches durch Jahre mindestens in Intervallen von 1—2 Monaten auf Zeichen an Mund-, Nasen- und Rachenschleimhaut, an der Haut besonders der Arme, Hände, Handflächen, an der behaarten Kopfhaut, den Hals-, Nacken-, Ellbogendrüsen, Kopfknochen, Schlüsselbeinen, Schienbeinen untersucht und frei befunden wurde, als dennoch an Syphilis leidend betrachtet werden könnte. Vielmehr habe er sich selbst überzeugt, dass in allen Fällen, in denen die Mütter der von ihm beobachteten Kinder selbst an Syphilis litten, es ihm in jeder in der obigen Weise vorgenommenen Untersuchung gelang,

---

[1]) Vierteljahresschrift für Derm. u. Syph. 1875. S. 437.

irgend ein unzweifelhaftes Symptom der vorhandenen Syphilis, meistens sogar mehrere gleichzeitig zu constatiren, und dass diese, selbst bei eingeleiteter Behandlung, sehr häufig recidivirten. — Statt einer Antwort will ich zwei Krankengeschichten citiren, an deren Genauigkeit und Beweiskraft Kassowitz, wie ich hoffe, nicht zweifeln wird. Die eine von Ljunggrén [1]), dessen Kranke während vieljähriger Latenz keinerlei Zeichen von Syphilis darbot, wohl aber erst syphilitische, dann gesunde Kinder gebar, schliesslich selbst von schweren Symptomen der Lues befallen wurde; der Verdacht einer frischen Infection ist sicher — nicht durch Anamnese, sondern durch Thatsachen auszuschliessen. — Die andere Krankengeschichte ist von mir [2]) mitgetheilt; ich kann versichern, dass ich an der syphilitische Kinder gebärenden Frau, deren frühere Infection eingestanden war, durch Jahre nichts Specifisches habe finden können. Wenn ich in letzterem Falle zu der Annahme neige, dass die Vererbungsfähigkeit den Ausbruch der Symptome an dem Vererbenden lange überdauern kann — entgegen Kassowitz, der gleichzeitiges Erlöschen annimmt, so könnte ich eine ganze Anzahl anderer Fälle aus der Privatpraxis anführen, an denen ich mehrjährige Latenz sicher glaube constatirt zu haben. Freilich immer unter bestimmten Verhältnissen: nach energischer Mercurialisirung. Und hier muss ich gleich einen erheblichen Unterschied zwischen dem Beobachtungsmaterial von Kassowitz und dem meinigen anführen. K. hat den erstaunlichen Vortheil gehabt, viele Syphilitische ihre Krankheit vererben zu sehen, die nie oder „nicht nennenswerth" behandelt worden waren. Der Prophet gilt einmal nichts im Vaterlande. Von dem Vororte dermatologischer und syphilidologischer Forschung gemeldet, konnte eine solche Sorglosigkeit und Unkenntniss von der Schwere der eigenen Erkrankung billig befremden. Mir sind nur sehr selten Syphilitische vorgekommen, die nicht in frühem Stadium mercuriell behandelt worden wären. Durch eine solche Behandlung wird aber, wie auch Kassowitz überall hervorhebt, die Vererbungsfähigkeit wie der ganze Verlauf der Lues wesentlich alterirt. Ob bei ausbleibender Behandlung eine längere Latenz nicht vorkommt,

[1]) Archiv für Derm. u. Syph. 1870. S. 325.

[2]) Berliner klinische Wochenschr. 1875. Nr. 13.

kann ich nicht beantworten. Ich muss mir den Zweifel offen halten, ob nicht bei mancher der von K. untersuchten und gesund befundenen Mutter eine langdauernde Latenzperiode oder bereits nach abgelaufener Syphilis — gleichviel ob mit oder ohne Hilfe des Quecksilbers — Immunität bestand; oder endlich jene von Hutchinson zuerst angegebene Infectionsart, die erst spät nach mehrfachen Geburten kranker Kinder mit sogenannten tertiären Symptomen auftritt. Dies führt auch zu der nächsten Frage Kassowitz's:

Kann die Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes auch weiterhin gesund bleiben? Die Antwort des Autors lautet: Eine von einem syphilitischen Manne geschwängerte Frau gebärt syphilitische Kinder und bleibt selber frei von Syphilis, wenn sie nicht von aussen her inficirt wurde. Das syphilitische Gift überschreitet die Scheidewände des fötalen mütterlichen Gefässsystems nicht in der Richtung von dem Fötus zur Mutter. Da ich in diesem Journal in dem Aufsatz, der gleichzeitig mit der grossen Arbeit von Kassowitz erschien, die entgegengesetzte Antwort gegeben habe, so begnüge ich mich hier mit dem Hinweis darauf. Ich will nur anführen, dass der nächste Grund meiner Parteinahme für Hutchinson's Theorie in einer früher [1]) veröffentlichten Krankengeschichte gegeben war, auf deren mögliche Irrthümer ich selbst hinwies; dass Kassowitz ebenso wie ich die Nicht-Infection der säugenden Mutter von ihrem hereditär-syphilitischen Kinde als einen bemerkenswerthen Einwurf gegen seine Theorie ansieht; dass der von ihm vorgeschlagene Impfversuch an solcher Frau von mir bereits gemacht und negativ ausgefallen war. Ich füge die Schlussworte meines Aufsatzes hier an, die gewiss mit aller Vorsicht abgefasst sind: Ein solches negatives Ergebniss einer vereinzelten Impfung ist gewiss nur sehr bedingungsweise zu verwerthen, zumal der Erfolg von Impfungen manchmal durch Zufälligkeiten vereitelt wird. Aber ich habe geglaubt, obige durch selten günstige Umstände ermöglichte Erfahrung doch mittheilen zu sollen, vielleicht kann sie als eine Stütze mehr angesehen für die Ansicht, dass die Mutter hereditar-syphilitischer Kinder auch bei dem Fehlen aller eigenen Krankheitszeichen nicht als

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1875. Nr. 13.

gesunde anzusehen sind. . . . . Ich will endlich noch an die von mir damals angeführten Hutchinson'schen Mittheilungen über Vorkommnisse des Thierlebens die analoge Beobachtung Darwin's [1]) anreihen, nach der eine durch ein Quagga belegte Stute gewisse Charaktermerkmale desselben auch auf später von Hengsten gezeugte Fohlen übertrug. Baeumler knüpft daran folgende Bemerkung (nach Darwin?), die ich ohne Commentar wiedergebe: Das Agens, welches diese Uebertragung bewirkte, muss in dem Organismus der Stute gewisse Veränderungen bewirkt haben, die fortbestehen, doch ist es leichter sich vorzustellen, dass diese vom Samen als von der sich entwickelnden Frucht ausgingen.

Die Frage, ob die im Verlaufe der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf den von der Zeugung her gesunden Fötus übertragen wird, beantwortet Kassowitz, wie schon angegeben, mit Nein. Oder genauer: Ein Kind, dessen beide Eltern im Momente der Zeugung nicht syphilitisch waren, wird nicht syphilitisch, selbst wenn seine Mutter zu irgend einer Zeit der Schwangerschaft von allgemeiner Syphilis befallen wird. Die letztere kann störend auf den Verlauf der Schwangerschaft wirken und sie frühzeitig unterbrechen, sich aber niemals auf den Fötus übertragen. Das syphilitische Gift überschreitet die Scheidewände des fötalen und mütterlichen Gefässsystems auch nicht in der Richtung von der Mutter zum Fötus. Ich halte eine solche Uebertragung für möglich, bin aber nicht im Stande, eigene Beobachtungen dafür beizubringen. In der Ausnutzung der bisher veröffentlichten Fälle von Zwillingen, die in verschiedenem Grade, oder deren gar nur einer syphilitisch gefunden wurden, geht Kassowitz meines Erachtens zu weit. Der sonst so strenge Kritiker z. B. gegenüber allen Einzelfällen Hutchinson's, nimmt hier mit einer Notiz nach Hutchinson [2]) vorlieb, dass von Zwillingen einer hochgradig erkrankt, der andere dauernd gesund war. Ich habe an anderer Stelle meine Zweifel an dieser und ähnlichen Mittheilungen ausgesprochen und begründet.

---

[1]) Animals and plants under domestication. London 1868. Vol. II p. 365 und 388. Citirt von Baeumler in der 2. Auflage des 3. Bandes von Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie. S. 62.

[2]) Die von K. angezogene angebliche Publicationsstelle ist nicht die richtige.

Für den von mir publicirten Fall und ähnliche (von verschiedener Schwere und Zeit der Erkrankung) wäre eine placentare Infection bei verschiedener Empfänglichkeit oder Widerstandsfähigkeit der Früchte noch gut denkbar, wenngleich gar nicht nothwendig. Ich weise hier gleich darauf hin, dass das von Kassowitz aufgestellte kategorische Gesetz der allmäligen Abschwächung in der Intensität der Erkrankung gerade durch die ungleich erkrankten Zwillinge bedenklich in Frage gestellt wird.

Nachdem Kassowitz durch seine Erfahrungen und die Kritik fremder die Ansicht von der placentaren Infection ad absurdum geführt zu haben glaubt, geht er an die theoretische Begründung, warum eine solche Infection von vorneherein als unmöglich erscheine. Bei diesen Ausführungen scheint mir der peremtorische Ton noch weniger glücklich zu sein. Gewiss ist das Contagium der Syphilis ein fixes, aber darf man darum sagen: „Es haftet offenbar an Eiterzellen und Blutkörperchen, ist daher auch in einer Flüssigkeit, die keine organisirten Elemente enthält, nicht vorhanden. Darum sei das Serum von Eczem, die reine klare Vaccinelymphe Syphilitischer bei Impfungen unschädlich; während Impfungen mit Trippereiter, Schanker- und Buboneneiter Syphilitischer in vielen Fällen von Erfolg gewesen seien.“ Nun einmal sind Eczem-Serum wie Vaccine-Lymphe keineswegs frei von Zellen; andererseits ist die Infectionskraft z. B. von Trippereiter, der nicht zugleich Geschwürssecret führt, äusserst zweifelhaft. Aber gesetzt, es sei erwiesen — was nur wahrscheinlich ist, — dass das Contagium nur an Zellen gebunden übertragbar sei, kann man so entschieden, wie Kassowitz es thut, es für unmöglich erklären, dass zellige Elemente aus dem Kreislaufe der Mutter in den des Fötus und umgekehrt gelangen? „Wenn man den Vorgang des Austausches von Ernährungsflüssigkeiten zwischen dem mütterlichen und fötalen Kreislaufe in's Auge fasst, so ist es offenbar, dass wohl Flüssigkeiten und Gase, sowie Substanzen, die in denselben gelöst oder ausserordentlich fein vertheilt und suspendirt sind, aus dem einen Kreislauf in den anderen übergehen, dass aber von dem Uebertritt eines Blutkörperchens aus dem Kreislauf der Mutter in den des Fötus und umgekehrt niemals die Rede sein kann, weil ein solcher allein schon durch die complicirte Beschaffenheit der Scheidewände beider Gefässsysteme (Gefässwand der Venen-

räume in den Deciduazellen — Cylinderepithel der letzteren — Pflasterepithel der Chorionzellen — Schleimgewebe der letzteren, in welchem die fötalen Capillaren tief eingebettet sind — Gefässwand der Capillaren) unmöglich gemacht ist. Da also ein Uebertritt von Blutkörperchen nicht möglich ist, so ist schon aus diesem Grunde der Weg für das an dieselben gebundene Gift nach beiden Richtungen hin abgesperrt (S. 432).“

Ich sehe den Weg nur länger, aber nicht undurchdringlicher als bei der Diapedesis durch die Gefässwand. Seitdem das Durchtreten geformter Elemente durch die bis auf Stricker und Cohnheim scheinbar festgeschlossene Gefässwand erwiesen ist; seitdem solche Wanderung durch die Darmzellen von Forschern wie Klebs und E. Neumann angenommen wird, scheint mir das Zurückweisen der infectiösen Zellen in die ursprünglichen Schranken eine zu grosse Rigorosität zu sein. In willkommener Weise tritt hier, wenn auch mit begrenzter Beweiskraft das Experiment ein. Die immer zunehmende Anwendung des Chloroforms, Chlorals, der subcutanen Morphiumeinspritzungen hat besonders die Gynäkologen zu Studien über den Stoffwechsel des Fötus angeregt. Während für den Uebergang von Stoffen der Frucht in die Mutter nur die angezweifelte syphilitische Rückinfection (choc en retour) angeführt werden kann, die Untersuchungen Gusserow's [1]) auf Allantoin des Mutterharns nichts ergeben haben, ist der umgekehrte Weg für verschiedene Stoffe direct erweislich gewesen. Ich übergehe hier, wie früher an geeigneter Stelle, die Mittheilungen über Uebergang von mancherlei Krankheitsstoffen der Gravida; über Krebsmetastase im Fötus bei Krebs der Mutter [2]); über Auffinden von Tyrosin, Gallensäure, Gallenfarbstoff u. s. w. in der Placenta bei acuter gelber Leberatrophie der Mutter [3]); über Morbus maculosus Werlhofii bei einem Kinde, dessen Mutter ebenso erkrankt war [4]); über Nephritis von Neugeborenen in Fällen, wo die Mütter an Nephritis litten [5]). Aus so vereinzelten Beobach-

---

[1]) Archiv für Gynäkologie. Bd. III. S. 241 u. ff.

[2]) Friedreich, citirt von Gusserow a. a. O.

[3]) Valenta ibidem.

[4]) Dohrn, citirt von Benicke, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Frauenkrankheiten von Martin und Fasbender Bd. I. S. 477.

[5]) C. Ruge, ibidem.

tungen ist der Causalnexus nicht sicher zu erschliessen, und Weg und Wesen des krankmachenden Stoffes bleiben unbekannt. Unzweifelhaft ist der Uebergang des gasig anzunehmenden Pockengiftes, wohl auch des Scharlach- und Masern-Infectionsstoffes; die Angaben Zweifel's [1]), dem nach Benicke schon Ch. Hüter voranging, über Chloroformdurchtritt durch die Placenta werden von Fehling [2]) bemängelt, aber von Zunz [3]) durchaus bestätigt. Sicher nachgewiesen ist von gelösten Stoffen das den Schwangeren gegebene Jodkali im Urin der Neugeborenen und im Fruchtwasser [4]); ebenso Salicylsäure im Urin der Kinder [5]). Aber über den Uebertritt geformter Elemente von der Mutter zum Kinde sind nur äusserst spärliche Angaben vorhanden.

Ausser den Versuchen Magendie's [6]), der angibt, trächtigen Thieren Färberröthe-Abkochung oder Campher-Emulsion in die Venen gespritzt und diese Stoffe bei der Frucht wiedergefunden zu haben, finde ich nur an zwei Kaninchen (nicht an mehr, wie Gusserow, Fehling u. A. anzunehmen scheinen) Versuche angestellt, deren Resultat ein gerade entgegengesetztes ist. Einmal hat Reitz [7]) — derselbe auf dessen Placentarbeschreibung Kassowitz sich stützt — einem trächtigen Kaninchen zweimal Zinnober ins Blut gespritzt. „Auf Schnittpräparaten aus Chromsäure konnte man in beiden Organen (Uterus u. Placenta) eine nicht unbedeutende Anzahl von Zinnoberpartikelchen nachweisen. Die glatten Muskelfasern des Uterus waren nicht davon ausgenommen. Das Blutcoagulum aus dem Herzen des Embryo zeigte bei der Untersuchung auch die Anwesenheit von Zinnoberpartikelchen wie im Fibringerinnsel so auch in den zelligen Elementen. Bei der Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks konnte ich die

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1874. Nr. 21.

[2]) Archiv für Gynäkologie. Bd. IX. S. 313.

[3]) Pflüger's Archiv für Physiologie. Bd. XIV. Heft 11 u. 12 S. 605.

[4]) Gusserow a. a. O.

[5]) Benicke a. a. O.

[6]) Benicke a. a. O.

[7]) Sitzungsbericht der Akademie in Wien, Mathem.-naturw. Classe 1868. LVII. S. 8—10.

Anwesenheit von Zinnober weder in den Nervenzellen noch in den Nervenröhren mit Bestimmtheit eruiren. Die capillaren Gefässe des Gehirns lieferten hingegen ein ausgezeichnetes Object, um das Eingelagertsein von Zinnoberpartikelchen in den Capillargefässen zu studiren. Man konnte mit der Tauchlinse das Vorhandensein der Zinnoberkörnchen in den Wänden der Capillaren selbst mit der grössten Sicherheit nachweisen, was wohl zur Vermuthung berechtigt, dass das Hineingelangen von Zinnober in's Gewebe direct durch die Wände der Capillargefässe stattfinden könne." Dagegen fanden Hoffmann und Langerhans[1]) „den Uterus eines am 89. Tage nach der Injection getödteten hochschwangeren Thieres nicht im beträchtlichen Maasse betheiligt; nur hin und wieder in einzelnen Bindegewebskörpern Zinnober; keine Spur davon im Embryo noch Placenta." Ich glaubte von vornherein das widersprechende Resultat der späteren Autoren dadurch erklärt, dass bei der Befruchtung des Kaninchens, dessen Tragezeit nur c. 30 Tage dauert, aller Zinnober aus der Circulation entfernt in den Organen, besonders der Leber aufgespeichert liegen mochte. Aber es war nöthig, durch eine Wiederholung des Experiments den Widerspruch gänzlich zu heben, resp. für begründet zu erklären. Ich injicirte daher (im Institute des Herrn Professor Gruenhagen und unter gütiger Assistenz desselben) in die Halsvenen eines hochträchtigen Kaninchens am ersten Tage 4 Grm. einer mit concentrirter Gummilösung bereiteten Zinnoberemulsion. Am folgenden Morgen Ausstossung einer Frucht, in deren Nabelgefässen nichts von Zinnober zu finden war. Vierundzwanzig Stunden nach der ersten Injection wurden wieder 4 Grm. Zinnoberemulsion eingespritzt; am Ende der sonst gut geglückten Injection geringe Blutung, wenige krampfhafte Bewegungen des Thieres, Tod. Bei der sofortigen Oeffnung der Bauchhöhle sah man deutlich Zinnober in den Gefässen der Serosa und Musculatur des Uterus; nach dessen Eröffnung entbanden sich die noch lebenden Jungen leicht sammt den Placenten. Dicht an der zinnoberstrotzenden Placenta wurde eine Ligatur umgelegt, ebenso dicht an dem Nabelringe der verschieden grossen Jungen, und dann der Inhalt der Nabelgefässe auf das Objectglas gebracht. Bei jedem Thiere fanden

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 48. S. 320.

sich Zinnoberkörnchen in m. w. grosser Zahl. Ob der Durchtritt innerhalb weisser Blutzellen geschehen war, — wie man nach den bisherigen Untersuchungen anzunehmen berechtigt sein möchte — konnte ich nicht entscheiden; aber der Durchtritt von festen unnachgiebigen Körpern durch die Placenta in die Circulation des Fötus ist — wenigstens für das Kaninchen — unzweifelhaft.

Schliesslich noch ein paar Worte über eine der interessantesten Partien der Arbeit von Kassowitz. Durch äusserst mühsame und umsichtige Benutzung seines schönen Materials hat der Autor erweisen können, dass die von Diday, Roger u. A. (gelegentlich auch von mir in einem vorher erwähnten Falle) beobachtete allmälige Abschwächung in der Intensität der syphilitischen Vererbung sehr häufig ist; der Art, dass falls nicht Quecksilberkuren hindernd eintreten, das zuerst geborene Kind am stärksten, jedes später geborene weniger resp. gar nicht mehr erkrankt gefunden wird. Möglich und sehr wahrscheinlich, dass das die Regel ist, und so die Syphilis um ein gut Stück ihres bisher „proteusartigen“ Wesens gebracht wird; aber die schroffe Aussprache dieses bereits durch frühere Autoren aber in viel vorsichtigeren, Ausnahmen zulassenden Ausdrücken aufgestellten Gesetzes reizt doch zum Widerspruch. „Man beobachtet niemals einen grossen Sprung nach rückwärts, so dass etwa wieder auf ein gesundes Kind lebensunfähige Frühgeburten folgen würden; und ebenso wenig findet jemals in zwei kurz auf einander folgenden Geburten ein bedeutender Sprung nach vorwärts statt, und wurde jemals beobachtet, dass etwa nach einer todten Frühgeburt schon in einem Jahre ein sehr schwach afficirtes oder gar ganz gesundes Kind geboren worden wäre. Solche zwei Geburten können ohne Zwischenglied nur dann aufeinander folgen, wenn eine grössere Reihe von Jahren zwischen beiden verflossen ist. (S. 466).“ Klinische Beobachtungen kann ich dem nicht entgegensetzen, vor Allem aus dem schon angegebenen Grunde, weil fast alle Kranke, die ich durch längere Zeit beobachten konnte, mit Mercur behandelt sind, und die Geburt hereditär-syphilitischer Kinder sehr selten gewesen ist. Aber ich verweise auf die von Kassowitz angeführten und von ihm für seine Ansichten benutzten Geburten verschieden erkrankter Zwillinge. Zu gleicher Zeit sehen wir Kinder geboren werden, deren eines intensiv vergiftet, das andere schwach

oder vielleicht gar nicht berührt ist. Stimmt das zu der schroffen Theorie unseres Autors?

Ich schliesse mit dem offenen Bekenntniss, dass in der Hauptfrage nach der Möglichkeit der placentaren Infection und der Rückinfection die Erfahrungen von Kassowitz auch für mich viel Bestechendes haben, dass ich sie aber nicht für entscheidend halten kann, wie der Autor allerorten verlangt. Die fernere klinische Beobachtung wird die Entscheidung zu bringen haben, aber nicht negative, sondern erst positive Angaben über inficirbare Mütter nach kürzlich erfolgter Entbindung von hereditär-syphilitischem Kinde werden im Stande sein, alle Zweifel zu lösen.

Zur Behandlung des chronischen Harnröhrentrippers.

(Vorläufige Mittheilung aus der Abtheilung des Professor Reder in Wien.)

Von Oberarzt **Dr. Gschirhakl.**

Seit es Désormeaux[1]) gelungen, durch Einführung des Endoskopes in die chirurgische Praxis die Harnröhrenschleimhaut dem menschlichen Auge zugänglich zu machen, vermochte man, in vielen Fällen wenigstens, bei gewissen Erkrankungen der Harnröhrenschleimhaut nicht allein eine stricte Diagnose zu stellen, sondern auch eine rationelle Therapie einzuleiten.

Der chronische Harnröhrentripper war es vor Allem, den die betreffenden Fachleute nach Désormeaux' Vorgange zum Gegenstande eingehenden Studiums machten. Wenn man auch zugeben muss, dass die Urethroskopie eine beschränkt verwendbare Untersuchungsmethode ist, die erst nach langer sorgfältiger Uebung dem Einzelnen von Werth sein kann, so kann man andererseits doch nicht bestreiten, dass die Methode für den routinirten Untersucher ein ganz brauchbarer, ja sicherer Untersuchungsbehelf ist. Diese Verhältnisse erklären es aber auch, warum selbst namhafte Kliniker und Specialisten dieser Untersuchungsmethode eine nur untergeordnete Bedeutung beimessen. Noch ein Umstand ist es, der uns eigentlich das abfällige Urtheil so Mancher über den Werth der Urethroskopie speciell für den chronischen Tripper nicht ungerechtfertigt erscheinen lässt.

---

[1]) De l'endoscope et de ses applications etc. Paris 1865.

Es ist dies der Mangel diesbezüglicher mikroskopischer Untersuchungen, oder wo solche vorgenommen wurden, deren negatives Resultat. Man kann somit Zeissl [1]) nur beistimmen, wenn er sagt, dass erst eine allgemeine Anwendung des Endoskopes es lehren werde, ob die insbesondere von Tarnowsky [2]) aufgestellten Typen der pathologischen Veränderungen bei der chronischen Urethritis sich stets und als allgemein giltig werden nachweisen lassen.

Wie wir in Kürze anführen wollen, ergab sich bekanntermassen nach den Untersuchungen von Désormeaux, Tarnowsky, Fürstenhain [3]), Fenger [4]), Grünfeld [5]) als pathologisch-anatomischer Befund bei dem chronischen Tripper das Vorhandensein von „Hyperplasie der Schleimhaut, Papillargranulationen, Granulomen und Folliculargranulationen."

Als weiteres pathogenetisches Moment für diese Erkrankung wurden schon vor der Handhabung des Endoskopes Erosionen und Ulcerationen der Harnröhrenschleimhaut aufgefunden, die in manchen Fällen hinter den stärker entwickelten normalen, klappenartigen Duplicaturen oder in den Sinus Morgagni sich einnisten und dann die sogenannte „abgesackte Blennorrhöe" darstellen. In vielen Fällen setzt sich der Katarrh per continuum in die Ausführungsgänge der Littré'schen, Cowper'schen Drüsen und der Glandula prostatica, sowie in den Sinus prostaticus fort mit consecutiver Erweiterung dieser Gänge und Alteration des Secretes zum katarrhalischen.

Der Katarrh dieser Drüsenausführungsgänge findet sich nach Dittel [6]) auch als „secundäre Veränderung" bei Harnröhrenverengerungen im retrostricturalen Theile der Harnröhre.

---

[1]) Grundriss der Path. u. Therapie der Syphilis etc. Stuttgart 1876, pag. 18.

[2]) Tarnowsky, Vorträge über vener. Krankheiten 1872, Berlin.

[3]) Berlin. kl. Wochenschr. 1870, Nr. 3 u. 4.

[4]) Nord. med. Ark. V. 4. Nr. 27. 1873 citirt nach „Schmidt's Jahrbüchern Nr. 164."

[5]) Wiener Klinik 1877. 2. u. 3. Heft.

[6]) Dittel, Handbuch der allg. u. spec. Chir. von Pitha u. Billroth III. Bd. 2. 6. pag. 82.

Minder detaillirte Aufschlüsse über die pathologische Anatomie der chronischen Urethritis bietet hingegen das nekroskopische Studium. Theils fehlen hierüber genauere Angaben in den betreffenden Handbüchern, wie bei Engel[1]), oder wird als nachweisbare anatomische Grundlage dieses Leidens nach Rokitansky[2]), Heschl[3]), Orth[4]), Rindfleisch[5]) bloss „Wulstung der Schleimhaut und zuweilen auffallende Schwellung der Schleimdrüsen“ angegeben. Nur bei Klebs[6]) geschieht, als eines wichtigen Folgezustandes des chronischen Trippers, der hyperplastischen Formen, sogen. polypöser Urethritis Erwähnung. Einen ebenso geringen Beitrag zur anatomischen Diagnostik des genannten Leidens liefern die hier in Wien sich vorfindenden Präparate; genauere Angaben sollen sich nach Tarnowsky in der fremden insbesondere der französischen Literatur vorfinden.

Diese differenten Ergebnisse der endoskopischen Untersuchungen in vivo und der nekroskopisch nachgewiesenen Veränderungen bei dem chronischen Harnröhrentripper berechtigten zu dem Ausspruche, dass dieses Capitel noch nicht genügend ausgearbeitet sei. Wir halten die Sache derzeit noch nicht für spruchreif.

Aus diesen Gründen kann man auch heute noch nicht, nimmt man sich diesen Gegenstand zum Vorwurf einer Besprechung, des so werthvollen Behelfes der Analogie entrathen und sollen demnach den nun folgenden Auseinandersetzungen über die Behandlung des chronischen Trippers die für die Behandlung analoger Schleimhauterkrankungen feststehenden Gesichtspunkte als Basis dienen.

Vor einer weiteren Ausführung wollen wir noch in Kürze der Diagnose des chronischen Harnröhrentrippers Erwähnung thun. Diese in vivo zu stellen, gestatten uns einerseits die Symptome, andererseits der objective Befund. Ueber den letzteren verschafft uns in den meisten Fällen das angewandte Urethroskop die endgiltige Aufklärung; eine wesentliche Unterstützung ge-

---

[1]) Engel, spec. pathol. Anatomie II. Abth. pag. 818.

[2]) Lehrb. der pathol. Anatomie 3. Aufl. 3. Bd. pag. 376.

[3]) Compend. der allg. und spec. Anatomie. 1855.

[4]) Orth. Compend. der path.-anat. Diagnostik. Berlin 1876.

[5]) Lehrbuch der path. Gewebslehre. IV. Aufl. 1875.

[6]) Handbuch der path. Anatomie I. Bd. II. Abth. 1876.

währen uns jedoch die symptomatischen Zeichen: der Ausfluss (goutte militaire) die Tripperfäden und die Untersuchung mit der Knopfbougie (Sonde à boule). Ueber alle diese diagnostischen Behelfe findet sich Ausführliches in den betreffenden Fachschriften, insbesondere bei Tarnowsky, daher wir darauf hinweisen können. Nur betreffs der Tripperfäden, jener von Cylinderepithel und Eiterzellen bedeckten mucösen Schläuche möchten wir hervorheben, dass diese vielleicht geeignet sein dürften, die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen, früher genannten, ursächlichen anatomischen Veränderungen beim chronischen Tripper, wenn auch nicht präcis zu stellen, so doch zu unterstützen. Unserer Ansicht nach sind sie nicht allein der Ausdruck eines in die Ausführungsgänge der früher erwähnten Drüsen fortgesetzten Katarrhs, sondern sie können auch bei Vorhandensein einer genuinen Schleimhauterkrankung (Hyperplasie, Papillargranulation) entstehen. In diesem Falle dürften sie, längs der Harnröhrenschleimhaut gelegen, eine grössere Breite und einen gestreckten Verlauf besitzen. Jene Schleimfäden jedoch, die sozusagen der Abklatsch der sogenannten Ausführungsgänge sind, entsprechen deren Dimensionen und Verlauf: sie sind dünneren Calibers und von verschiedener Configuration, je nach der anatomischen Beschaffenheit ihrer Ursprungsstätte.

Da die chronische Urethritis zumeist die Bedeutung einer localisirten Erkrankung hat, so werden wir im Folgenden bei der Besprechung der Therapie dieser Erkrankung nur jener Behandlungsmethoden Erwähnung thun, die den Zweck haben, topisch ihre Wirkung zu entfalten. Wenn auch bereis seit Désormeaux der Weg gekannt war, um die jeweiligen oft sehr differenten pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der chronischen Urethritis zu erkennen, so hatte es doch mit einer passenden Application der entsprechenden Heilmittel noch einen schweren Weg. Hatte man auch bald einsehen gelernt, dass der chronische Tripper, wie jede katarrhalische Erkrankung einer anderen Schleimhaut, auch dieselbe Therapie mit denselben Arzneikörpern erfordern — so bot doch noch immer deren rationelle Application so manche Schwierigkeit. In den verschiedensten Formen, unter Anwendung der verschiedensten Instrumente bemühten sich die Praktiker, diese Heilmittel der Harnröhre einzuverleiben.

Dieselben lassen sich nach ihrer Form leicht in 3 Arten unterscheiden: 1. in Arzneikörper, die in Substanz, 2. in solche die im gelösten Zustande in die Harnröhre eingeführt werden und 3. in die in Salbenform angewandten Arzneikörper.

Hieran schliesst sich noch jene Behandlungsweise, die durch rein mechanische Einwirkung und Anregung eines leichten Reizzustandes die pathologischen Veränderungen einer chronisch-katarrhalisch erkrankten Harnröhrenschleimhaut zu beseitigen trachtet. Es geschieht dies durch Einführung von Bougies.

Angesichts der zahlreichen und ausführlichen Kritiken dieser einzelnen Heilmethoden kann es unsere Absicht nicht sein, diese eben hier näher zu besprechen. Wir wollen daher bloss summarisch über die Verwendbarkeit dieser drei Gruppen von Arzneikörpern unsere Meinung abgeben.

Die Application von Arzneikörpern in Substanz in die Harnröhre, sei es in Form von Insufflationen (Mallez) oder durch Einführung hiemit überzogener, früher erwärmter Wachsbougies erfüllt nur sehr ungenau den Zweck einer directen und genau zu berechnenden Wirkungsweise dieser Heilkörper. Sicherer für die Application bei localer Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut äussert sich wohl der Aetzmittelträger (Lallemand, Mercier) doch ist der Eingriff hiemit für's erste für die Umgebung der Harnröhre (Blase) und für's zweite auch in den meisten Fällen für den Localprocess ein zu drastischer. Nur sehr selten, sozusagen in den Ausnahmsfällen (von Trachoma papillare) sieht sich der Ophthalmiater veranlasst, das Aetzmittel (z. B. Lapis infernalis) in Substanz anzuwenden, eine gleiche Indication resp. Contraindication besteht auch für den anderen Specialisten. Eine dem Trachoma papillare analoge Veränderung der Urethralschleimhaut (fungöse Strictur — Tarnowsky) die eine so energische Aetzung rechtfertigen würde, wird nur sehr selten, wenn überhaupt zur Behandlung gelangen. Die häufiger vorkommenden, mindergradig entwickelten Schleimhautwucherungen bedürfen jedoch eines so tief eingreifenden Arzneiverfahrens nicht. Deren Behandlung lässt sich in gelinderer und sicherer Weise, wie weiter unten noch besprochen werden soll, durchführen.

Von geringerer caustischer Wirkung als diese Aetzmittel in Substanz ist die Anwendung der verschiedenen Arzneikörper in Salbenform. Hieher gehören das Bestreichen der Bougies mit Salben und Pasten (Lindwurm, Schuster) die medicamentösen Bougies (Thiry) und die Einführung von Suppositorien in die Harnröhre (Th. Clemens, Vinci, Dittel's Porte-remède).

Wenn Tarnowsky sagt „dass die Anwendung von Salben für die Harnröhre stets eine der unbequemsten und hauptsächlich der schmutzigsten Heilmethoden ist", so kann man ihm nur vollständig beipflichten. Ausserdem wird der dringenden Nothwendigkeit einer directen Application auf eine local erkrankte Harnröhrenpartie nur durch den Dittel'schen Porte-remède entsprochen. In jeder anderen Form in die Harnröhre eingeführt, wird die Salbe sich theils an der Harnröhrenmündung schon abstreifen, theils auf Partien einwirken, die gesund sind, somit einer Aetzwirkung nicht bedürfen. Uebrigens versagt auch der Porte-remède mitunter seinen Dienst, wie selbst Dittel[1]) zugibt, indem er pag. 53 anführt „diese Heilmethode nie öfter als 3—6 mal in Anwendung gezogen zu haben — entweder wurde durch sie der Zweck erreicht, oder dieselbe ganz aufgegeben". „Auch ist die Cauterisation hiemit eine sehr intensive und lässt sich aus diesem Grunde nicht vor 14 Tagen wiederholen." Diese von dem Autor selbst hervorgehobenen Umstände lassen auch diese Behandlungsmethode wenigstens in der angegebenen Dosirung des wirksamen Bestandtheiles (Nitr. arg.) als eine eingreifende erscheinen und reihen sie somit in ihrer Wirkung der früheren Gruppe an. Demgemäss ist auch deren Indication die gleiche. Wohl nur weitergediehene Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut (Papillargranulationen) dürfen die Anwendung dieser intensiv wirkenden Suppositorien erfordern. Noch ein Factor, der den Augenarzt in manchen Fällen bestimmt, eine Augensalbe zu verordnen, fällt für die Harnröhrenscheimhaut weg; es ist dies die oft durch die Verhältnisse gebotene Selbstbehandlung des Kranken.

Alle die genannten Nachtheile entfallen jedoch bei Anwendung flüssiger Arzneikörper. Aus diesem Grunde finden diesel-

---

[1]) S. Handbuch d. allg. und spec. Chir. v. Pitha u. Billroth III. Bd. 2. 6.

ben auch bei chronischen Erkrankungen aller Schleimhäute ihre fast ausschliessliche Verwendung. In dieser Form gestattet das Heilmittel eine genaue Dosirung und ist in der einfachsten Weise von jedermann zu bereiten, ohne dass deren wirksamer Bestandtheil durch das Constituens alterirt wird, noch auch mit der Zeit zu verderben Gefahr läuft. Der Kehlkopfarzt, der Gynäkolog, insbesondere aber der Augenarzt verwenden die gelösten Arzneimittel mit Vorliebe. Die je nach Bedarf verschieden gesättigten Lösungea (v. Nitr. argent.) haben sich vollständig in die Therapie der Conjunctivalerkrankungen eingebürgert, da sie eben den Zweck am besten erreichen.

Diese Augenwässer wendet der Ophthalmiater in doppelter Weise an: in Form von Einträufelungen in den Conjunctivalsack und durch Auftragen mittelst eines Pinsels. Während die erste Art der Application bei leichten Affectionen der Conj. (Catarrhus conj.) platzgreift, wird bei substantiven Erkrankungen derselben, wo es sich um Wucherung und Neubildung der oberflächlichen Schleimhautlagen und somit um deren Zerstörung oder beschleunigte Abstossung handelt, die betreffende Lösung mittelst eines Pinsels auf die Bindehaut applicirt. Diese Art der Anwendung vereinigt zwei Vorzüge in sich, für's erste eine genau zu bemessende, rein topische Wirkung auf den localen Krankeitsherd, und für's zweite ist der Contact mit der erkrankten Partie ein viel innigerer. Unter einer solchen Behandlung wird das Trachom der Conj. entweder vollständig behoben, oder zum mindesten so weit gebessert, dass bei entsprechendem diätetischen Verhalten auch die letzten Reste desselben mit oder ohne Narbenbildung zum Schwinden gebracht werden. So glücklichen Heilresultaten, wie sie durch diese Behandlung der Ophthalmologe erzielte, konnte sich nicht lange auch der die chronische Blennorrhöe behandelnde Arzt verschliessen. Die Erkenntniss der Analogie in den pathologischen Veränderungen dieser beiden Schleimhautbezirke schaffte einer analogen Behandlungsweise eine feste Basis. Namhafte Fachleute, wie Tarnowsky, Fenger und Grünfeld versuchten den chronischen Harnröhrentripper durch Pinselung der erkrankten Schleimhaut zur Heilung zu bringen. Die bewährten Aetzmittel und Adstringentien (Nitr. arg. und Cupr.

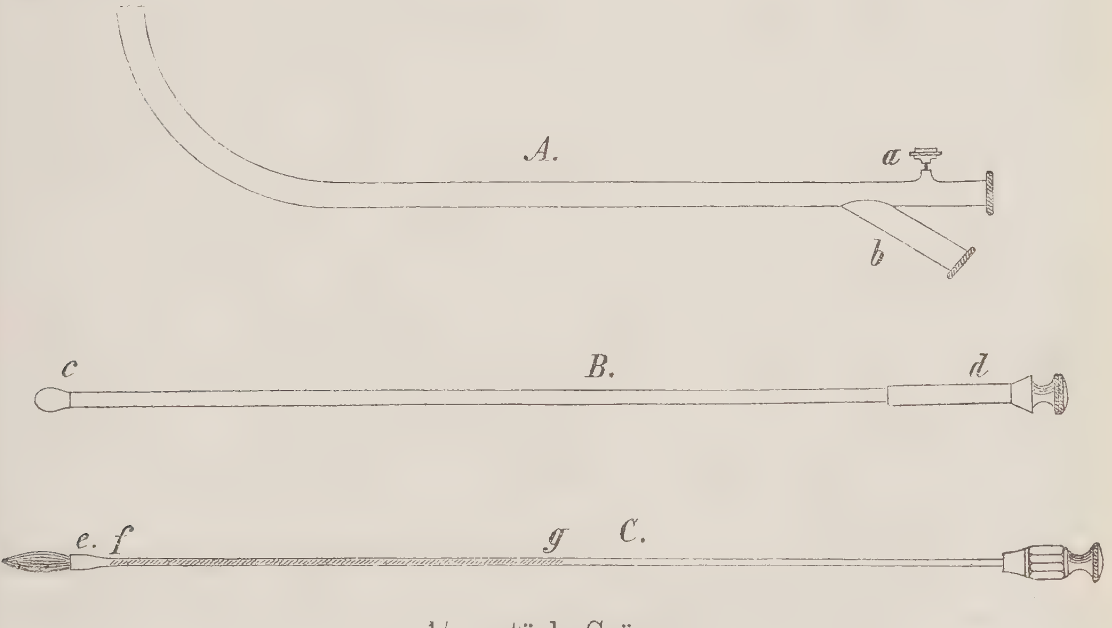
sulfur.) wurden durch das Urethroskop auf die erkrankte Schleimhaut applicirt. Der Erfolg dieser Behandlung war nach den übereinstimmenden Berichten dieser Specialisten dem Versuche günstig. Es gelang auf diese Weise nicht allein durch concentrirte Lapislösungen papilläre Wucherungen zum Schwinden zu bringen, sondern auch die eigentlichen torpiden Granulome durch Anwendung von Cupr. sulfur. ihrem natürlichen Ausgange in Narbenbildung entgegenzuführen.

Ueber Anregung des Herrn Prof. Reder versuchte auch ich bei den mir zur Behandlung gelangten chronischen Tripperkranken dieses therapeutische Verfahren. Durch das eingeführte Urethroskop wurde von mir die erkrankte Partie mit dem entsprechenden Heilmittel bepinselt. Im Beginne meiner Heilversuche machte mir jedoch die Einführung des geraden Endoskopes bis in jene Theile der Harnröhre, die vorwiegend der Sitz der genannten Erkrankung sind, also bis über die Pars bulbosa hinauf, einige Schwierigkeit. Gewohnt, die Harnröhre mit gekrümmten Kathetern und Bougien zu exploriren, gelang es mir anfänglich nur schwer, das gerade, vorne abgestutzte Endoskop über den Bulbus urethrae hinaufzuführen, ohne dass diese vulnerablen Theile durch leichte Blutung auf diesen Eingriff reagirt hätten. Durch diesen misslichen Zufall wurde jedoch der Heilzweck wesentlich alterirt. Ebenso wie bei der Behandlung des Trachoms das vorausgehende Umstülpen der Lider nie von einer Gewebsläsion, sei sie auch noch so oberflächlich, begleitet sein darf, musste auch ich die bei der Einführung des Urethroskopes aufgetretenen Blutungen als einen der exacten Heilung hinderlichen und unbequemen Zwischenfall ansehen. Mit der Zeit erlangte ich wohl so viel Routine in der Einführung eines geraden Instrumentes in die Harnröhre, dass dieselbe anstandslos ohne Blutung ausgeführt werden konnte. Trotzdem, ja vielmehr eben deswegen, weil ich aus eigener Erfahrung wusste, dass, um dies zu erreichen, eine specielle Uebung und Vorbereitung erforderlich ist, wozu jedoch nicht Jedermann Zeit und Gelegenheit findet, schien mir das gerade Endoskop (Steurer[1]) für diese Zwecke nicht allgemein verwendbar. Wenig-

---

[1]) s. Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis III. Jahrg. 1876, 1. Heft.

stens nicht für local erkrankte Partien vom Bulbus urethrae nach aufwärts. Durch diese Verhältnisse wurde mir somit der Gedanke nahe gelegt, die rückwärts gelegenen Partien der Harnröhre durch ein gekrümmtes Instrument in Angriff zu nehmen. Grünfeld [1]) gibt wohl ein „gekrümmtes Endoskop mit Conductor" an, das sich leicht in die Pars prostatica einführen lässt; doch kann man durch dasselbe therapeutisch stets nur auf die untere Hälfte der Harnröhre einwirken. Die bekannte Thatsache, dass selbst die tiefen Injectionen in die Harnröhre, wie sie Diday, Guyon, Garreau, u. A. vornahmen, den Harnröhrentripper seiner Heilung nicht zuführen, bestimmte mich, gestützt auf die von den Ophthalmiatern erzielten glücklichen Resultate bei der Behandlung der Conjunctivalerkrankungen, mittelst eines am vorderen Ende eines Katheters drehbaren Pinsels auf die Harnröhrenschleimhaut einzuwirken. Hiezu dient mir seit Mitte 1875 folgendes Instrument [2]).



1/3 natürl. Grösse.

Dasselbe besteht aus *A.* einem neusilbernen Katheter, *B.* einer englischen Bougie als Conductor für den Katheter und *C.* dem Pinsel.

---

[1]) s. Wiener Klinik 2. u. 3. Heft 1877.

[2]) Herr Prof. Bernatzik hatte die Freundlichkeit, in seinem „Handbuch der Arznei-Verordnungslehre 1876", pag. 316 desselben zu erwähnen.

Der Katheter ist an seinem vorderen Ende abgestutzt und trägt am Pavillon eine in sein Lumen eindrehbare Schraube (a) und ein unter einem Winkel von 45° angelöthetes Ansatzrohr (b). Die als Obturator dienende Bougie (B) ist dem entsprechend von dünnerem Caliber als der Katheter. Vorne übergeht sie in eine Olive (c), welche das Lumen des Katheters vollkommen ausfüllt, rückwärts trägt sie eine neusilberne Handhabe (d).

Der Pinsel, dessen Haare (Iltis- oder Kameelhaare) in eine neusilberne Olive (e) fest eingefügt sind, setzt sich in einen Metalldraht fort, der jedoch bis zur Mitte seines Verlaufes ein spiraliges Gewinde (fg) darstellt. Dies zu dem Zwecke, damit man den Pinsel beliebig und mit Leichtigkeit in dem Katheter drehen könne.

Das Instrument wird folgendermassen angewendet: Ausserhalb der Harnröhre wird die Bougie in den Katheter eingeführt und mittelst der Schraube (a) in demselben festgestellt. So armirt führt man nun das Instrument in die Harnröhre ein bis zu jener Stelle, die man früher, sei es durch die Sonde à boule sei es durch das Urethroskop als krank erkannt hatte. Dass man sich wirklich an der gewünschten Stelle befinde, darüber gibt uns einerseits die von dem Kranken zur Mittheilung gebrachte Schmerzempfindung, andererseits die Stellung des Katheters zur Horizontalebene [1]) Aufschluss. Hat man auf diese Weise die erkrankte Stelle erreicht, so entfernt man die Bougie aus dem Katheter. Dies geht nach Lockerung der festgestellten Schraube in der einfachsten Weise vor sich. Der Kranke wird hiebei nicht im geringsten beunruhigt, noch auch die Harnröhrenschleimhaut irgendwie insultirt.

In den nun freien Katheer wird jetzt der Pinsel (C) eingeführt, vordem wird derselbe mit der zu verwendenden Arzneilösung benetzt. Die Einführung des Pinsels muss eine sehr vorsichtige sein. Ist man, wovon man sich vor der Application leicht überzeugen kann, mit der Spitze des Pinsels soweit vorgedrungen, dass diese am vorderen Ende des Katheters erscheint, so ist es rathsam, den Pinsel unverrückt zu halten, den Katheter jedoch über den Pinsel zurückzuziehen. Würde man den Pinsel

---

[1]) s. Dittel, Handbuch der allg. u. spec. Chir. etc.

selbst in dem Katheter, bis er oben an diesen anstösst, verschieben, so würde der Pinsel einerseits die Urethralschleimhaut in nicht gleichgiltiger Weise insultiren, da dessen einzelne Haare sich an dieselbe anspreizen, andererseits der Arzneikörper vielleicht über die erkrankte Stelle hinauf seine Wirkung äussern.

Die Application des Arzneimittels, d. i. der betreffenden Lösung, geschieht dadurch, dass man diese durch das früher erwähnte Ansatzrohr (b) in den Katheter einträufelt. Die Einträufelungen kann man entweder mittelst eines Tropfglases vornehmen oder man kann auch eine nach der Pravaz'schen Spritze construirte, etwas grössere Spritze hiezu verwenden, wenn man die Menge der eingeträufelten Flüssigkeit genau wissen will. Die in den Katheter eingegossene Lösung wird sich in dessen vorderem Theile, also um den Pinsel herum ansammeln, der Pinsel wird hiemit getränkt. Während man nun den Katheter mit der linken Hand festhält, kann man mit der rechten den eigentlich wichtigsten Act der ganzen Operation vornehmen, d. i. die Drehung des Pinsels um seine verticale Axe. Dieselbe lässt sich bei genauer Fabrication des ganzen Instrumentes [1]) in der einfachsten Weise ausführen und je nach der Ausdehnung der Erkrankung localisiren. Ist diese, sagen wir z. B. vom Bulbus urethrae bis an das Orificium externum ausgebreitet, so nimmt man die Drehungen des Pinsels die ganze Strecke entlang vor. Beschränkt sich jedoch der Krankheitsherd auf die pars membranacea, so pinsle ich bloss diese Partie und entferne dann, indem ich den Pinsel im Katheter cachire, Katheter und Pinsel aus der Harnröhre. —

Die Einführung des mit dem Obturator armirten Katheters lässt wohl Niemandem Zweifel über die Unschädlichkeit und Geringfügigkeit dieses Eingriffes aufkommen. Diese Operation ist gleich bedeutend mit der Einführung jeder anderen metallenen oder elastischen Bougie.

Wie früher erwähnt, ist eben die Olive der Bougie der vorderen Lichtung des Katheters derart vollkommen angepasst, dass festgeschraubt sich die Bougie im Katheter nicht zurückstauen

---

[1]) Herr Instrumentenmacher Reiner (XI. Van-Swietengasse) liefert ganz vorzügliche derartige Harnröhrenpinsel.

kann, somit eine Einklemmung der Harnröhrenschleimhaut nicht zu befürchten steht. Minder gleichgiltig dürfte das Drehen des Pinsels in der Harnröhre auf den ersten Blick erscheinen. Auch ich trug im Beginn meiner Versuche dieses Bedenken. Hält man sich jedoch vor Augen, dass nach Lallemand's Vorgange häufig genug noch der Aetzmittelträger und angeblich mit gutem Erfolge angewendet wird, so sind schon a priori diese Bedenken nicht gerechtfertigt. Zudem kann ich noch auf meine praktische Erfahrung hinweisen. Unter den vielen von mir bisher in der Harnröhre gepinselten Kranken kam mir nur ein Fall von Blasenkatarrh zur Beobachtung, wo ich diese Complication auf Rechnung des genannten operativen Eingriffes setzen musste. Doch datirt für's erste dieser Kranke in die Zeit meiner ersten Versuche mit diesem Instrumente, und hatte auch das hiezu angewandte Mittel, 2% Cupr. sulf.-Lösung, einen grossen Antheil an diesem Misserfolge. In allen anderen Fällen hingegen konnte ich mich über einen wie immer beschaffenen Zwischenfall nicht beklagen. Die Kranken vertrugen diese Operation an und für sich sehr gut, und trugen auch keine Consequenzen hievon. So will ich hier nur eines Krankheitsfalles Erwähnung thun, der geeignet ist, die Verlässlichkeit dieser Angaben vollkommen zu bestätigen. Ein Officier, der seit einiger Zeit an Enuresis nocturna litt, nachdem durch mehrere Jahre ein chronischer Tripper bestanden, wurde von mir gepinselt. Unter genauer Controle des durch den Mastdarm eingeführten Fingers applicirte ich in der früher beschriebenen Weise eine 2%ige Lapislösung in die Regio prostatica bis knapp an das Orificium vesicale. Es wurde diese Bepinselung gut vertragen, ohne dass eine Reaction folgte, — der Kranke wurde nach dreimaligem Pinseln, wenigstens für zwei Monate, so lange er in meiner Beobachtung stand, geheilt.

Nachdem wir nun die Geringfügigkeit des Eingriffes bei richtiger Handhabung dieses Instrumentes klar dargethan zu haben glauben, erübrigt es noch, über die einzelnen Indicationen für die Anwendung dieses Harnröhrenpinsels uns auszusprechen. Sie fallen mit den allgemein chirurgischen Grundsätzen zusammen, es ergeben sich hiefür dieselben Anzeigen und Gegenanzeigen, wie sich solche der Augenarzt bei der Behandlung des Trachoms und des chronischen Conjunctivalkatarrhs stellt.

Prof. Stellwag von Carion[1]) fasst diese in folgenden Worten zusammen. „Der Zweck der Aetzungen beim chronischen Katarrh und dem Trachom ist, die Bindehaut zur Norm zurückzuführen. In Berücksichtigung dessen kann nicht genug gewarnt werden vor tief greifenden Aetzungen, namentlich mit Höllenstein in Substanz; denn diese führen immer zur Bildung ausgebreiteter Narben. Es hat vielmehr als ausnahmsloses Gesetz zu gelten, dass man sich, selbst in Fällen hochgradigen diffusen Trachoms, bei jeder einzelnen Aetzung auf die Erzeugung eines ganz dünnen, oberflächlichen Schorfes beschränkt. Eine zweite Regel fordert mit grösster Sorgfalt, die Einwirkung der Aetzmittel auf Stellen zu verhüten, welche von trachomatösen Rauhigkeiten nicht bestanden sind, welche also dem Causticum nur die Substantia propria zur Einwirkung bieten."

Diese Grundsätze, denen der Augenarzt seine günstigen Resultate bei der Behandlung der Bindehauterkrankungen verdankt, haben auch für die Therapie des chronischen Trippers, speciell für die Bepinselungen ihren vollen Werth. Aus diesem Grunde möchten wir auch bei allen früher erwähnten genuinen Erkrankungen der Hautröhrenschleimhaut (Papillargranulationen, Granulome, Hyperplasie) eine vorsichtige und langsame Behandlung empfehlen. Hiedurch wird „eine langsame Abstossung der epithelialen Strata und die Rückbildung und Aufsaugung der im Parenchym der einzelnen Schleimhautbezirke neugebildeten Elemente" [2]) am leichtesten stattfinden können. Nur in den seltensten Fällen wendet der Augenarzt den Lapis in Substanz oder sehr concentrirte Lapislösungen an. Bei niederen Entwicklungsgraden von Trachom hingegen und bei nach Katarrhen zurückbleibender Lockerheit und Wulstung der Conjunctiva werden die besten Erfolge durch schwächere ätzende Lösungen (bis zu 2% Nitr. arg.) erzielt.

Solche mittelgradige Veränderungen der Urethralschleimhaut, insbesonders der Hyperplasie des submucösen Gewebes, sind unserer Ansicht nach in den meisten Fällen die Ursache einer

---

[1]) Stellwag v. Carion, Lehrbuch d. prakt. Augenheilkunde. IV. Aufl. Wien 1870. pag. 466.

[2]) Ebenda, pag. 458.

chronischen Urethritis. Es wird daher auch die Verwendung gering ätzender, leicht reizender Lösungen (Nitras argenti, Jodglycerin etc.) hier am Platze sein. Für die allerdings noch sehr fraglichen Granulome möchten wir Bepinselungen mit Cuprum aluminatum vorschlagen, da wir in einem Falle nach Anwendung von Cupr. sulfur. ($2^0/_0$ Lösung), Blasenkatarrh auftreten sahen.

Mehr noch als für diese speciellen Schleimhauterkrankungen empfehlen sich die früher angegebenen Vorsichts- und Verhaltungsmassregeln für die anderen den chronischen Tripper erzeugenden und complicirenden Erkrankungen. Es sind dies die Katarrhe der Ausführungsgänge der der Harnröhre beigegebenen Drüsen (Littré'sche, Cowper'sche Drüsen und Glandul. prostatica), die, wie bereits erwähnt, auch als „secundäre Veränderungen" bei Stricturen vorkommen. Die leichte Diffusion von Lösungen in die erkrankten Ausführungsgänge bringt diese mit den Arzneikörpern in innigen Contact und gestattet eine genaue Dosirung. Jene Aetzungen jedoch, wie sie Lallemand u. A. bei chronischer Prostatitis mit Lapis in Substanz vornahmen, entbehren nicht allein dieser Vortheile, sondern scheinen uns geradezu schädlich. Sie erzeugen eben auf der betreffenden Partie einen dichten Aetzschorf, wirken somit viel zu drastisch für den doch nur geringfügigen Krankheitsprocess. Zudem liegt es ganz ausser dem Bereich des behandelnden Arztes, die Abstossung der Aetzschorfe zu controliren oder zu beschleunigen. Auch wird die Narbenretraction nach so ausgiebigen Aetzungen bei der an elastischen Fasern so reichen Harnröhrenschleimhaut [1]) eine ganz bedeutende sein.

Eine etwas intensivere Behandlung als die genannten Krankheitsformen dürfte das Vorhandensein von (folliculären) Ulcerationen erfordern. Dieselben sind in manchen Fällen, wie bereits erwähnt, die Ursache des chronischen Trippers oder finden sich als „secundäre Veränderungen" im retrostricturalen Theile der Harnröhre. Solche Ulcerationen können auch, wie wir noch hervorheben wollen, unter Umständen Enuresis bedingen. Dittel [2])

---

[1]) Robin Ch. et Cadiat, Journal de l'anatom. et de la phys. T. X. pag. 514.

[2]) Medizinische Jahrbücher II. Heft 1872.

spricht sich hierüber folgendermassen aus: „Durch ulcerative Substanzverluste wird der Verschlussapparat der Blase paralysirt, denn wenn sich auch der übrige gesund gebliebene Sphincterantheil contrahirt, so bleibt doch an der Stelle, wo ein tieferer Substanzverlust im Sphincter war, eine Lücke, durch welche der Harn tropfenweise durchträufelt. Wenn es gelingt, auf dem Boden desselben durch reizende oder ätzende Mittel Granulationen und durch sie eine kleinere, wenn auch stringirende Narbe zu erzeugen, so ist dies der Weg zur Heilung einer solchen Enuresis.“ Das früher angeführte Beispiel, wo wir bei einem Kranken mit Enuresis nocturna, die im Gefolge eines chronischen Trippers auftrat, durch Pinselungen der Pars prostat. Heilung erzielten, — dürfte unserem Heilverfahren auch für diese Fälle das Wort reden.

Alle hier aufgestellten Regeln für die Behandlung des chronischen Trippers gelten bloss im Allgemeinen. Im einzelnen Falle wird vielleicht die Pinselung der Harnröhre allein nicht zum Ziele führen. Diese Behandlungsweise wird anderen vorangehen oder nachfolgen müssen. Aber auch die angewandten Arzneikörper werden im speciellen Falle sowohl der Art wie auch der Dosirung nach sich modificiren müssen. Je nach dem bereits erzielten Effecte wird man von ätzenden zu adstringirenden oder von stärkeren zu schwächeren Lösungen übergehen müssen. Dass bei einem Kranken diese Pinselungen der Harnröhre mit unserem Instrumente nicht täglich vorgenommen werden können, ist in der Natur der Sache gelegen. Ich lasse einen freien Intervall von zwei Tagen nach jeder Pinselung eintreten. Ebenso ziehe ich es auch vor, wenn thunlich, diese Operation in einem warmen Wannenbade auszuführen.

Wir hätten jetzt noch die Aufgabe, all das bisher Gesagte durch casuistische Mittheilungen zu bekräftigen. Wir unterlassen dies jedoch aus dem Grunde, weil wir wohl wissen, dass Pinselungen der Harnröhrenschleimhaut nichts Neues sind. Tarnowsky, Fenger und Grünfeld haben bereits mit diesem Heilverfahren gute Resultate erzielt. Wir für unseren Theil wollten hiemit nur eine bequemere Art der Application des Pinsels, als bisher üblich, zur Kenntniss bringen. Ebenso wollen wir aber auch nicht

verkennen, dass die Methode der Behandlung des chronischen Trippers mit unserem Pinsel noch nicht zu einem Abschlusse gelangt ist, wir vielmehr es der Zeit und mit ihr den betreffenden Versuchen überlassen wollen, die dieser Methode vielleicht anhaftenden Mängel ausfindig zu machen.

Wien, im März 1877.

Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle; Leucoplakia[1]) buccalis.

Von

Dr. Ernst Schwimmer,
Universitäts-Docent in Budapest.

Die an den Schleimhäuten auftretenden pathologischen Zustände können, einer gewissen praktischen Auffassung zu Folge, nach der Wesenheit der Affection theils als idiopathische, theils als symptomatische Erkrankungen betrachtet werden, je nachdem selbe entweder bloss aus localen Veränderungen entstanden sind, oder sich als Theilerscheinungen anderer Allgemeinerkrankungen manifestiren. Hier wie dort kommt es zu Gewebsumwandlungen, welche den ursächlichen Momenten entsprechend ihre specielle diagnostische Bedeutung haben.

In Nachfolgendem wollen wir aus dem grossen Gebiete der Krankheitsformen, welche an den Schleimhäuten aufzutreten pflegen, bloss einzelne Affectionen zum Gegenstande einer eingehenderen Untersuchung wählen, die nahezu ausschliesslich die Schleimhaut der Mundhöhle betreffen, und als solche, wie aus dem Verlaufe der Arbeit sich ergeben wird, nach mehrfacher Richtung hin eine gewisse pathologische Sonderstellung erheischen.

Die Mundhöhlenschleimhaut bildet mit Einschluss des die Zunge bedeckenden Epithelüberzuges einen häufigen Sitz krankhafter Veränderungen, und während einzelne Affectionen nur an gewissen Stellen überwiegend oft sich zeigen (Prädilectionsstellen), treten andere, ohne an irgendwelche Oertlichkeit gebunden zu sein, an

---

[1]) λευκός weiss; πλάξ Platte, Fläche, franz. plaque.

allen Partien der Schleimhaut auf. So sehen wir die Diphtheritis häufiger am Racheneingange als an den übrigen Stellen der Mundhöhle vorkommen, den Soor und die aphthösen Bildungen öfter auf der Zungenoberfläche und der Wangenschleimhaut als an den Lippen und dem harten Gaumen, die scorbutische Entzündung sowie die durch Quecksilber und durch Phosphor veranlasste Stomatitis zumeist am Zahnfleisch und der angrenzenden Wangenschleimhaut, während die syphilitischen Erkrankungen an keiner Stelle ausschliesslich erscheinen, sondern ebenso an den Tonsillen, wie an der vorderen und hinteren Rachenwand, der Zunge, den Wangen, den Lippen und dem Zahnfleische vorkommen können. Gerade diese Erkrankungen, welche an allen Schleimhautpartien der Mundhöhle aufzutreten pflegen, bieten in Bezug auf Form, Dauer und Schwere des Leidens gewisse Eigenthümlichkeiten, die hier als Geschwür, dort als Knoten u. s. w. in ihren specifischen Eigenschaften sich manifestiren. Die besonderen Charaktere der einzelnen Affectionen sind durch die anatomisch-physiologischen Verhältnisse der Mundschleimhaut bedingt und dies ist wohl ein weiterer erklärender Grund, warum das syphilitische Virus eine zur Erkrankung so günstig disponirte Körperhöhle wie das Cavum oris in so vielfältiger Weise verändert.

Gehen wir in der Musterung der Affectionen weiter, so finden wir, dass die tuberculöse Geschwürsbildung sich zumeist in der Zunge, der Wasserkrebs (Noma) vorwiegend in der Wange vorfindet, während Lupus ebenso wie andere gut- und bösartige Neubildungen auf Lippen und Wangenschleimhaut, Zunge, hartem und weichem Gaumen sich entwickeln, und hier wie dort die Gewebe zu verändern und intensiv zu zerstören vermögen. Diese kurz berührten Krankheitsformen zeigen schon an und für sich die grosse Mannigfaltigkeit, unter welcher die Schleimhaut erkranken und sich vorübergehend oder dauernd verändern kann. Doch ist mit der Aufzählung dieser noch beliebig zu erweiternden Krankheitsreihe die Mannigfaltigkeit der pathologischen Umwandlungen, welche auf der Schleimhaut der Mundhöhle zur Beobachtung gelangen, noch nicht erschöpft.

Unter allen diesen haben wir es jedoch hier nur mit einem in verschiedenartiger Weise auftretenden Krankheitsbilde zu thun, welches dieser Arbeit als Substrat zu dienen bestimmt ist. Es

ist dies eine Affection der Lippen, Zungen- und Mundhöhlenschleimhaut, welche im Allgemeinen wohl nicht sehr häufig zur Erscheinung gelangt, doch keineswegs in solcher Seltenheit auftritt, als dass selbe der Aufmerksamkeit einzelner Beobachter entgangen wäre. Diese von der Mehrzahl der Aerzte nicht entsprechend gewürdigte, von einzelnen Forschern aber wohl gekannte, doch verschiedenartig beurtheilte und beschriebene Krankheitsform wurde nun einerseits als Psoriasis, andererseits als Ichthyosis oder auch als Keratosis und Tylosis der genannten Oertlichkeiten bezeichnet.

Schon diese verschiedenen Krankheitsnamen deuten darauf hin, dass die für das Uebel in Anwendung gezogenen Bezeichnungen einer verschiedenartigen Auffassung entsprechen, und dass man die Wesenheit der Erkrankung in gewissen äusserlichen Eigenschaften zu finden meinte, für welche eine in der Dermato-Pathologie schon vorhandene Benennung für ausreichend erachtet wurde. Während man jedoch eine bekannte, ein reines Hautleiden betreffende und in der Dermatologie eingebürgerte Krankheitsdefinition auf ein (nicht genügend gekanntes) Schleimhautübel übertrug, ein Vorgang, der in dieser Doctrin im Allgemeinen sonst nicht üblich gewesen, hatte man für in der That verschiedene Krankheitsformen identische Bezeichnungen gewählt, und so kam es, dass nicht, wie man auf den ersten Anblick vermuthen sollte, Krankheitsbegriff und Wesen der Erkrankung sich deckten. So glaubten einzelne Autoren, wie schon aus den angedeuteten Bezeichnungen zu entnehmen, dass Schleimhaut und Hauterkrankung aus analogen pathologischen Veränderungen entstanden sind und die äussere scheinbare Aehnlichkeit liess bei ihnen die Analogie zu einer fast unumstösslichen Identität sich entwickeln. Diese Auffassung war umso verlockender, je mehr das Krankheitsbild der Haut mit jener der Schleimbaut, abgesehen von der äusseren Aehnlichkeit, hier wie dort zu gleicher Zeit bei ein und demselben Individuum sich vorfand. Andere Beobachter hinwieder hielten die Mundhöhlenaffection für ein specifisches Leiden (syphilitischer oder arthritischer Natur) und dachten am zweckmässigsten eine Bezeichnung für ein Uebel beizubehalten, welches mit anderen bekannten specifischen Uebeln in Bildung und Wesenheit auffallend übereinstimmte; schliesslich hatten einzelne Aerzte, eine idiopathische Erkrankung vor Augen haltend, eine Bezeichnung gewählt, die

ihnen entsprechend schien, ohne Rücksicht auf andere äussere Momente.

Diese Momente, welche wir bei unseren geschichtlichen Notizen noch besonders erörtern wollen, sind es eben, welche betreffs der Wesenheit der in Rede stehenden Erkrankung die augenfällige grosse Unsicherheit und Unklarheit erklären, sobald wir die Gesammtheit der bisher bekannten Angaben und Schilderungen mit einander vergleichen. Wenn wir daher in Nachfolgendem versuchen wollen, die verschiedenartigen Bezeichnungen durch eine allgemeinere zu ersetzen, so leitet uns hiebei nur der Gesichtspunkt, für die in Rede stehende Affection eine einheitliche Auffassung anzustreben, und für die, wenngleich schon zum Theil eingebürgerten aber gewiss fehlerhaften Benennungen eine solche vorzuschlagen, die weder histologisch noch klinisch als unrichtig angesehen werden dürfte, was von den bisher gebräuchlichen entschieden behauptet werden kann.

Wir wählen nämlich für die in Rede stehenden Affectionen mit Subsumirung aller als Psoriasis oder Ichthyosis mucosae oris et linguae bezeichneten idiopathischen Processe den Namen L e u c o p l a k i a b u c c a l i s und verstehen darunter eine fast ausschliesslich auf der M u n d h ö h l e n - und Z u n g e n s c h l e i m h a u t, nur sehr selten auf jener der weiblichen Genitalien vorkommende e x q u i s i t c h r o n i s c h e, i d i o p a t h i s c h e E r k r a n k u n g, welche als örtliches Uebel erscheint, mit anderweitigen Krankheitszuständen des Organismus in keinerlei nachweisbarem Zusammenhange steht, demnach in ihrem Auftreten und Verlauf den Typus einer Localaffection bildet, und nur in ihrem schliesslichen Ausgange mitunter den Gesammtorganismus zu beeinflussen vermag. Die Erkrankung tritt in zweifacher Form auf:

1. In Gestalt einzelner bläulich- oder grauweisser, fast silberweisser, von der umgebenden gesunden Schleimhaut scharf umgrenzter Flecken (Zunge), oder unregelmässiger, länglicher 1—2 Ctm. breiter, in ihrer Continuität oft unterbrochener Streifen (Wange), deren Oberfläche in einzelnen Fällen rauh und von der Unterlage etwas emporgehoben erscheint, mitunter jedoch auch ein glattes Aussehen darbietet.

2. In Gestalt ausgebreiteter, die Schleimhaut in grosser Ausdehnung verändernder, weisslicher Verfärbungen, die mitunter von scharfcontourirten rothen, von der gesunden Schleimhaut gebildeten Linien begrenzt werden, an einzelnen Stellen verdickt (Wange und Zunge), ja stellenweise wie verhornt erscheinen (Lippenroth).

Dies sind die allgemeinen und auffallenden Umwandlungen des Gewebes, denen sich noch die mit freiem Auge (makroskopisch) sichtbaren Veränderungen der Papillen anreihen. Letztere sind in der einen wie der anderen Form in gleicher Weise durch die Erkrankung alienirt, und erscheinen namentlich an der Zungenoberfläche als theils geschwellte Knötchen, die wie mattrothe Punkte aus der weissen Umgebung hervorragen, oder in Folge des Erkrankungsprocesses als weisslich opake, kleine, aneinandergereihte warzige Erhabenheiten sich erheben, oder schliesslich, in Folge totaler Absorption zu Grunde gegangen, an der erkrankten Oberfläche nicht mehr nachzuweisen sind.

Man könnte füglich beide Krankheitsformen als zwei Stadien ein und desselben pathologischen Vorganges bezeichnen, denn während die erste Form die Anfangs zur Beobachtung gelangende Erkrankung darstellt, bildet letztere die ausgebildete und entwickelte Form der Leucoplakie, ebenso erscheint das Verhalten der Papillen als eine dem jeweiligen Stadium der Krankheit entsprechende Veränderung.

Die Erkrankung der Zunge selbst tritt zumeist auf deren Oberfläche auf, wo selbe auch gewöhnlich den intensivsten Erkrankungsherd abgibt. Alle ähnlich aussehenden Veränderungen, welche blos an der Grenze oder auch hinter dem durch die Papillae vallatae gebildeten $\wedge$förmigen Abschnitt der Zunge (Zungengrund) auftreten, sowie alle an der unteren Schleimhautfläche der Zunge erscheinenden Affectionen müssen, nachdem die Leucoplakie daselbst nicht in Erscheinung tritt, aus dem Bereihe dieser Krankheitsform ausgeschlossen werden.

Ein Gleiches gilt für etwaige geschwürige Erkrankungen der Schleimhaut der Mundhöhle, wo selbe immer erscheinen mögen, und sobald wir eine Ulceration welcher Art immer vor uns haben, ist die Bezeichnung Leucoplakia unstatthaft. Für die Wangen-

schleimhaut gilt die Bezeichnung in analoger Form auch nur für gewisse, von der Erkrankung betroffene Partien und wir können die Bezeichnung der Leucoplakie für jene Schleimhautpartien nicht gelten lassen, wo an den Uebergangsstellen derselben sowohl zur oberen als auch zu der unteren Zahnfleischgrenze etwaige weissliche, zumeist rasch vorübergehende Verfärbungen oder mit eitrigem oder schleimigem Beleg bedeckte Excoriationen sich vorfinden.

Die Lippen können nur, soweit das Roth derselben reicht, diesem chronischen Processe unterworfen werden, mit denselben pathologischen Charakteren, welche das Uebel an den übrigen Schleimhautflächen auszeichnet; alle über die Grenze derselben hinaus reichenden oder die Umgebung der Lippen befallenden Affectionen, die sich in der Cutis entwickeln und die Epidermis verändern, gehören anderweitigen Processen an und haben ihre bestimmten dermatologischen Bezeichnungen, die als Eczem, Psoriasis, Herpes, Pemphigus, etc. der Haut jedem Dermatologen bekannt sind.

Wenn wir das Bild der Leucoplakie noch genauer präcisiren wollten, müssen wir noch jener Localaffectionen gedenken, welche das entwickelte Bild begleiten, oder welche den weisslichen Verfärbungen vorangehen, es sind dies gewisse scharfumschriebene, von der umgebenden Schleimhaut sich durch ihre dunkelrothe Färbung abhebende, oft ihres Epithelüberzuges beraubte, doch zumeist nur von einer verdünnten Epithelschicht bedeckte und durch geschwellte Papillen ausgezeichnete Flecke.

Dieselben kommen im Beginne der Erkrankung zur Beobachtung, doch kann man so lang sie allein bestehen, die Bezeichnung der Leucoplakie nicht anwenden, insofern sie aber neben einer schon bestehenden und ausgebildeten pathologischen Veränderung die charakteristischen Stellen begleiten, sind sie nur als Vorläuferstadien weiterer Erkrankung anzusehen.

Geschichtliche Bemerkungen.

Es scheint, soweit man auf die Durchforschung der in der Literatur uns zu Gebote stehenden Angaben sich stützen kann, dass die Leucoplakia buccalis in der ältern Medicin kaum besonders

gewürdigt wurde, und nur eine aufmerksame und sorgfältige Durchsicht lehrt, dass man blos aus den ersten Decennien unseres Jahrhunderts einige für die Geschichte dieses Uebels nennenswerthe Angaben benützen kann,die bei der Darstellung anderer Krankheitsformen der Haut als sporadische Bemerkungen über Complicationen derselben eingeflochten erscheinen, wobei selbe mit und ohne bestimmte Bezeichnung angeführt werden. Selbst zu jener Zeit, als man durch systematische Klassificirungen alle Wissensgebiete und demgemäss auch die Specialfächer der Medicin zu vereinfachen strebte und mit mehr Sorgfalt sich dem Studium der einzelnen Doctrinen hingab, erscheint dieses Uebel kaum irgendwo erwähnt; und doch leidet es nicht den mindesten Zweifel, dass die abzuhandelnden Krankheitsformen in früheren Zeiten ebenso wie andere Schleimhauterkrankungen vorgekommen sind. Ein für die Begründung dieser Behauptung naheliegendes Beispiel liefert die Geschichte der Syphilis. Welcher vorurtheilsloser Forscher wird das Vorkommen dieser Seuche im Alterthume heute noch bezweifeln? Der Umstand jedoch, dass die Begriffe für die Wesenheit dieses Uebels, die Zusammengehörigkeit gewisser Symptomengruppen und andere hier nicht weiter aufzuzählende Momente bei dem tiefen Stande der wissenschaftlichen Medicin im Alterthum einer vorurtheilslosen Beurtheilung bislang nicht unterzogen werden konnten, lässt allein noch darüber Zweifel aufkommen, dass nebst anderen idiopathischen und symptomatischen Haut- und Schleimhauterkrankungen auch syphilitische Erkrankungen schon in den ältesten Zeiten bestanden haben sollten.

Der wissenschaftliche Streit, der demnach heute noch betreff der Syphilis im Alterthum geführt wird, ist lediglich ein Streit, der sich auf die Deutung gewisser Krankheitsschilderungen bezieht, und in einer wie in anderer Hinsicht auf subjectiver Auffassung beruht. Ein Gleiches ist es um ähnliche Fragen betreff des Alters manch anderer Krankheiten, und ohne uns hier über das Thema des autochthonen Entstehens einzelner Krankheitsformen in späteren Zeitaltern (Variola, Morbillen, Cholera, Diphtheritis u. s. w.) einzulassen, können wir doch die allgemeine Bemerkung nicht unterdrücken, dass trotz des Dunkels, welches betreff des Alters einzelner Erkrankungen besteht, für gewisse Uebel nur dadurch möglich wurde eine Identität in der Beschreibung der ältesten

(griechischen und römischen) als auch der aus den späteren Jahrhunderten stammenden Schriften mit der Krankheitsschilderung späterer Tage herauszufinden, als es auch gleichzeitig gelang, gewisse Analogien zwischen älterer Beschreibung und neuerer Beurtheilung festzustellen.

Wir wollen dem Gesagten zu Folge daher alle Angaben, welche zu Zweifeln über die Zulässigkeit derselben zu unserem Gegenstande Anlass bieten könnten, ganz ausser Acht lassen, und uns nur an jene Angaben halten, welche, frei von jeder Unklarheit, eine vielseitige Deutung schon an und für sich auszuschliessen vermögen. Wir halten diesen Vorgang für um so mehr geboten, als die Leucoplakia buccalis wegen ihrer äussern mannigfachen Aehnlichkeit mit syphilitischen Erkrankungen der Schleimhäute leicht in ihrer geschichtlichen Schilderung mit Darstellungen vermengt werden könnte, die sich auf eigentliche specifische Erkrankungen beziehen. Bekanntlich haben die hervorragendsten Schriftsteller, welche von der Syphilis ausführlicher handelten, und vom 16. Jahrhundert angefangen, wie Johannes de Vigo (1514), Nicolaus Massa (1532), Fracastorius (1546), Fernelius (1554), Fallopia (1564), bis in unsere Zeit hinein (Astruc (1736), Boerhave (1753), van Swieten (1777), Plenk (1793). Swediaur (1803), Wallace (1838), Cooper (1845). Desruelles (1848), Ricord (1852), Vidal (1853), Diday (1864), Sigmund (1862), Kaposi (1866), u. A. den Schleimhauterkrankungen die ihnen gebührende Würdigung schenkten, überall wo von den Affectionen derselben die Rede war, bloss deren syphilitische Charaktere vor Augen gehalten; und man würde mit der Annahme wohl kaum fehl gehen, dass hiebei wohl oft nicht syphilitische Erkrankungen in den Bereich der Darstellung gezogen wurden.

Die ersten ausschliesslich unseren Gegenstand betreffenden brauchbaren Angaben finden wir in den Werken und Schriften von Dermato- und Syphilidologen[1]), und es ist nöthig eine gewisse

---

[1]) Es ist auffallend, dass in älteren und neueren Lehrbüchern der speciellen Pathologie bei der Schilderung der Krankheiten der Zunge und des Verdauungstractes von diesen eigenthümlichen Affectionen nicht die Rede ist, trotzdem dass selbe beim Sprechen, Kauen u. s. w. Beschwerden veranlassen, die dem Bereiche der internen Medizin angehören. Van Swieten

Einheit in der nachfolgenden Darstellung festzuhalten und bei der Aneinanderreihung der geschichtlichen Mittheilungen nach einem bestimmten Principe vorzugehen. Wir werden demnach diesen Theil der Arbeit, den wir als zum Verständniss der Affection unumgänglich wichtig und einen integrirenden Bestandtheil derselben bildend betrachten, in nachfolgende drei Gruppen sondern, je nach dem wir das in Rede stehende Uebel in seiner eigentlichen Bedeutung von den Autoren gewürdigt finden.

I. Solche Beobachtungen,, welche die Erkrankungsformen der Schleimhaut durch die gleichen Veränderungen zu Stande gekommen betrachten wie gewisse Hautleiden; die Schleimhauterkrankung ist demnach eine der Hauterkrankung gleichwerthige.

II. Darstellungen, welche die früher charakterisirten Erkrankungen der Zunge und Mundhöhlen-Schleimhaut nur als von Syphilis herrührend erscheinen lassen, und endlich.

III. Mittheilungen, welche sich auf die Leucoplakia (Psoriasis et Ichthyosis membran. mucosae oris) als auf eine idiopathische Erkrankung beziehen, ohne strenge Einheit des ätiologischen Moments.

ad I. Die bemerkenswerthesten und vielleicht auch die frühesten Angaben von Beobachtungen, bei denen die Schleimhaut zu gleicher Zeit mit der allgemeinen Decke von einer analog erscheinenden Erkrankung befallen wurde, rühren von französischen und englischen Dermatologen her. Alibert[1]) erwähnt bei der Schilderung der Ichthyosis, dass in einem Falle einer ausgebreiteten und die ganze

(Commentarii, Wirceburgii 1789. VII. pag. 449) spricht wohl von „Maculae albicantes oris" als einer bei Scorbutischen vorkommenden Veränderung der Schleimhaut, doch erwähnt er selber nirgends weiter als selbstständiger oder durch andere Momente bedingter Erkrankungen. Ebensowenig ist bei Cannstadt, Bamberger, Niemeyer, Oppolzer, Trousseau, Vogel (Ziemssen) u. A. dieses Uebel irgendwie erwähnt — wohl ein Zeichen, dass mit diesem Leiden behaftete Kranke mehr in das Beobachtungsterrain der Syphilidologie und Dermatologie gelangen, als in das der internen Medizin.

[1]) Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau. Paris 1818. II. p. 170 und Alibert's Monographie d. Dermatonosen, deutsch von Bloest. Leipzig 1837 pag. 480.

Haut bedeckenden Erkrankung, die Schleimhaut der Zunge und Lippen gleichzeitig in einer solchen Weise von diesem Uebel ergriffen ward, dass der betreffende Patient, den Mund kaum zu öffnen vermochte. (Cette éruption affreuse était devenue si générale, que les lèvres et la langue même n'en étaient point préservées et que la bouche pouvait à peine s'entreouvrir.) Rayer[1]) sah einen an Ichthyosis leidenden Kranken, bei welchem die Erkrankung der Zunge vollständig dem Uebel glich, das auf der Haut vorhanden war. (J'ai observé chez un homme d'ailleurs bien portant un développement morbide des papilles de la langue tout à fait analogue à celui qui caractérisent les ichthyosis cutanées locales). Es ist schade, dass weder Alibert noch Rayer die eigentliche Veränderung der Zunge näher beschrieben, so dass man über das Wesen der von diesen Beobachtern angeführten Erkrankung keinen Anhaltspunkt zu gewinnen vermag. Rayer[2]) spricht noch an anderer Stelle von bläulich schwarzen Verfärbungen der Zunge, welche nicht durch äussere Momente, wie nach Genuss mancher Speisen oder dem Gebrauch von Medicamenten veranlasst wird, und wo der Farbstoff in Gestalt kleiner schwarzer Punkte auf der Zungenoberfläche sich ablagert. (J'ai vu plusieurs exemples de coloration noire de la langue, ordinairement la matière colorante deposée sur les bords de cet organe en petits points rapprochés d'un noir bleuâtre s'étend sur la face supérieure de cet organe.

Samuel Plumbe[3]) gedenkt bei der Darstellung der Ichthyosis der Haut eines Falles, wo bei einem sonst gesunden Menschen eine Erkrankung der Zungenpapillen bestand, die mit der Fischschuppenerkrankung der Haut grosse Aehnlichkeit darbot. (I have observed also a morbid developpement of the papillae of the tongue in a man in all respects in very good health, which i regarded as precisely similar in its nature to local ichthyosis of the skin.) Dr. Church[4]) berichtet von einem Falle, in welchem bei einem

---

[1]) Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris 1835. III. pag. 618.

[2]) l. c. p. 573.

[3]) Practical treatise on the diseases of the skin. London 1837 p. 514.

[4]) St. Bartholomews Hosp. Rep. Vol. I. in Clarke's Diseases of the tongue. London 1873 p. 101.

jungen Mädchen die linke Zungenhälfte „ichthyotisch" war, und bei welchem zu gleicher Zeit eine, der Zungenerkrankung ähnliche Veränderung und Hypertrophie der Hautpapillen (?) sich vorfand; doch zeigte sich die Haut des Nackens, der Schulter und Brust geschmeidiger und weicher als an den übrigen Körperstellen, und gerade an diesen Stellen war die Analogie von Schleimhaut und Hauterkrankung auffällig. (The whole of the mucous membran covering the inside oft the left cheek, the left half of the soft palate and tongue, was the seat of papilliform outgrowths which closely resembled those on the neck and in the axilla.) Die Section zeigte in diesem Falle ein Offenbleiben des Foramen ovale und eine auffällige Verengerung der Aorta descendens.

Während diese Autoren die Erkrankung der Zungen- und Mundschleimhaut mit der Ichthyosis cutis in Zusammenhang brachten, hatten andere Autoren dasselbe Verhalten bezüglich der Psoriasis cutis festzustellen versucht. So erwähnt Gibert[1]) bei der Schilderung der Psoriasis der Haut, dass dieses Leiden in seinen verschiedenen Abarten als Psoriasis labialis und ophthalmica von der Haut auch auf die Schleimhäute übergreifen kann, mit schmerzhaften Einrissen an den Lippen und den Augenwinkeln die von heftigem Jucken begleitet sind. (Dans cette variété ordinairement très rebelle, l'irritation s'étend assez souvent à la conjonctive dans le dernier cas, et à la muqueuse buccale dans le premier.) Viel kürzer als diese Andeutung Gibert's ist Wilson's[2]) Darstellung, welcher Erkrankungen der Zunge bei solchen Individuen beobachtete, die an Psoriasis der Haut litten, und deren Erkrankung er für analog hielt mit den an der allgemeinen Decke vorhandenen Veränderungen. Da Wilson jedoch die gangbare Bezeichnung Psoriasis in seiner heute gebrauchten allgemeinen Bedeutung nicht anerkennt, sondern dafür die Bezeichnung „Alphos" gewählt hat, so ist es selbstverständlich, dass er diese Art von Zungenübel als Alphos linguae bezeichnet, von dem er ferner behauptet, dass selbes mit der Hauterkrankung die gleichen Charaktere aufweist. (Alphos linguae is manifested by characters which belong to alphos of the skin, when the scale has been removed by a poultice.) Wilson ver-

[1]) Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1860 p. 426.
[2]) Journal of cutaneous Medicine London 1868 p. 318.

steht unter dieser Schleimhauterkrankung weiche, rothe, theils glatte, theils durch die geschwellten Papillenspitzen leicht granulirte, von der Epithelschichte befreite, scharfbegrenzte Flecke. In drei von diesem Autor kurz erwähnten Fällen, welche er seiner knappen Schilderung zu Grunde legt, bestand neben dem Zungenleiden Alphos (Psoriasis) der allgemeinen Decke.

Guibout, ein neuerer französischer Dermatolog, dem die als Psoriasis der Mundschleimhaut in Frankreich seit nahezu einem Decennium eingeführte Krankheitsbezeichnung geläufig war, handelt von dieser Schleimhautaffection gleichzeitig mit der Erörterung der Psoriasis. Er betrachtet demnach die als „Psoriasis lingualis“ angeführte Erkrankung als eine Varietät der Hauterkrankung und sagt von derselben in einer kurzen phrasenhaften Angabe eigentlich gar nichts [1]).

Ausser den hier angeführten Dermatologen haben sowohl ältere als jüngere Fachmänner von Bedeutung wie: Biett, Cazenave, Fuchs, Devergie, Gustav Simon und Neumann der in Rede stehenden Schleimhautaffection weder bei der Beschreibung der Ichthyosis noch bei jener von der Psoriasis kaum gedacht. Hebra [2]), der die Psoriasis der Haut als ein idiopathisches Uebel eigentlich begründete, anerkennt eine Psoriasis der Schleimhaut durchaus nicht, indem er im Verlaufe der Psoriasisbeschreibung Folgendes betont: „An den Schleimhäuten kommen keinerlei Veränderungen bei der Psoriasis vor“; — während er bei der Schilderung der Ichthyosis der Haut es gar nicht für nöthig erachtet, einer ähnlichen Bemerkung Raum zu schenken.

ad II. Es ist bekannt, dass in Folge constitutioneller Syphilis die Schleimhaut der Mundhöhle in verschiedenartiger Weise erkrankt. Diese Wahrnehmung, die schon älteren Aerzten bekannt war (wie oben), wurde erst langsam ein Gemeingut der medizini-

---

[1]) Ce triste privilége d'apporter une gêne incessante aux fonctions de l'organe envahi se retrouve chez le psoriasis lingual. Représentons nous ici la structure de la langue, sa charpente essentiellement musculaire, la muqueuse épaisse, adhérente et si délicatement sensible qui la revêt ..... et nous aurons une idée des troubles fonctionnels produits chez elle par cette carapace inextensible du psoriasis (!).

[2]) Lehrbuch der Hautkrankheiten II. Aufl. Erlangen 1874 I. p. 347.

schen Kenntnisse, und deshalb hatte man früher syphilitische Affectionen nicht immer als solche zu beurtheilen verstanden. Später hatte man wieder, in der diesbezüglichen Auffassung zu weit gehend, alle durch gewisse äussere Charaktere ausgezeichneten Schleimhauterkrankungen immer nur als durch Syphilis entstandene betrachtet. Diese Unsicherheit in der Beurtheilung gab sich schon früheren Specialärzten kund, und so kam es, dass die Nosologie der Schleimhautleiden zu verschiedenartigen Deutungen und Bezeichnungen führte, die für unser Thema gewissermassen als ergänzende Angaben nicht zu umgehen sind.

In erster Linie wichtig sind die von Hunter gemachten Beobachtungen, die gleichsam den Uebergang von den in der 1. Gruppe angeführten zu den nachfolgenden Angaben bilden. — Hunter[1]), der um die Syphilislehre so hochverdiente Forscher, der die verschiedenen syphilitischen Affectionen der Schleimhäute ziemlich ausführlich schilderte, sagt im Verlaufe derselben, dass man nicht alles für Syphilis halten darf, was auf den ersten Anschein für selbe imponirt, und äussert dies in folgenden zu beherzigenden Worten: „Toutefois aucun médecin ne doit être assez téméraire pour juger la nature d' une maladie d'après la seule inspection oculaire ..... s' il n' y a eu aucun symptome local antécédent dans un espace de temps suffisant, il doit suspendre son jugement et temporiser.“ — Hierauf erwähnt er solcher Erkrankungen der Schleimhaut, die man oft fälschlich für Syphilis hält und die sich erst nach fruchtloser Behandlung mit Mercurialien als nicht syphilitische Affectionen herausstellten. Hunter's Angaben werden durch einen Commentator seines Werkes über Syphilis, Babington, etwas genauer präcisirt, und hier finden wir eine Darstellung, die in ziemlich deutlicher Form auf jene Veränderungen sich bezieht, die man als zur Leucoplakie gehörig betrachten kann. „Une variété décrite très brèvement par John Hunter sous le nom d'éxcoriation ulcéreuse, se distingue par la coloration blanche opaque.“ Diese Verfärbung, die oft an geschwürigen, öfter jedoch an geschwürsfreien Stellen erscheint, veranlasst Röthe der Umgebung, Schwellung der Schleimhaut und

---

[1]) Traité de la maladie vénérienne par J. Hunter, traduit de l'anglais par Richelot avec des notes et additions par Ricord. Paris 1852 p. 617.

erscheint an verschiedenen Stellen der Mundhöhle, Zunge und Lippen (cette affection superficielle peut attaquer .... la langue, la face interne des joues et les commissures des lèvres). Der Umstand, dass Babington diese Schleimhautaffection als eine begleitende Erscheinung der Psoriasis cutis betrachtet [1]) und selbe von analogen Momenten ableitet, lässt wohl deutlich annehmen, dass dieser Beobachter damit eine mit der Syphilis manche Aehnlichkeit darbietende, doch durchaus nicht specifische Erkrankung zu schildern beabsichtigte. Die Annahme, dass dieses Leiden oft mit Syphilis sich vergesellschaftet, widerlegt B. durch die weitere Angabe, dass dies in der Minderzahl der Fälle vorkommt, in der weitaus grösseren Zahl derselben ist dies jedoch nicht wahrzunehmen, ja im Gegentheil, eine antisyphilitische Behandlung ist sogar geeignet eine Verschlimmerung dieser Schleimhautaffection hervorzurufen. B. empfiehlt dem entsprechend lieber die saure Beschaffenheit des Magensecretes zu neutralisiren, als gegen das vermeintliche syphilitische Virus einzuschreiten.

Eine genauere und noch eingehendere oder richtigere Beurtheilung finden wir bei den späteren Syphilidologen kaum wieder, was den Werth von Babington's Beobachtungsgabe nur erhöht; denn während Hunter und Babington bei genauer Kenntniss der syphilitischen Schleimhautaffectionen das Vorkommen differentieller Krankheitsformen ganz besonders hervorzuheben wussten, hatten spätere Aerzte derartige Unterschiede kaum aufzufinden vermocht.

Statt vieler Beispiele wollen wir nur irgend einen beliebigen Autor, etwa Wallace [2]), nebenbei einen der hervorragendsten eng-

---

[1]) „Cette affection accompagne très souvent le psoriasis de la peau, et l'on peut supposer avec raison, que la couleur blanche qui la caractérise particulièrement, est liée à une altération analogue à celle qui se manifeste à la surface du corps par l'épaississement de l'épiderme et sa desquamation“ (l. c. p. 419) und weiter: „On doit reconnaître que, dans la majorité des cas cette affection n'est point vénérienne, que très souvent le mercure l'aggrave au lieu de la guérir.“

[2]) Ueber die Natur der Syphilis und über die richtige Würdigung der verschiedenen Formen derselben. Vorgelesen 1836 im Hospital für Hautkrankheiten in Dublin. — Behrend, Syphilidologie I. Theil. Leipzig 1839 pag. 179.

lischen Specialisten nach Hunter, hören. W. hat in der Lehre von der Syphilis vom J. 1817—1837 eine derartige Fülle von richtigen Beobachtungen und Erfahrungen gesammelt, dass man viele derselben in gewisser Beziehung als für unsere Kenntnisse noch vollkommen entsprechende betrachten muss. Ein Schüler und Nachfolger Bateman's und anderer ausgezeichneter englischer Aerzte, gelang es ihm viele werthvolle wissenschaftliche Angaben festzustellen, die trotz mehrfacher und anhaltender Angriffe späterer Forscher ihre Richtigkeit bis auf den heutigen Tag vollständig bewährten; so die Eintheilung der durch die Syphilis gesetzten verschiedenen Hauterkrankungen, die sichere Begründung der Lehre von der Uebertragbarkeit der secundären Syphilis u. s. w. Wallace hatte in viel exacterer Form als Hunter die durch die Syphilis gesetzten Schleimhauterkrankungen erörtert und den gemeinsamen Charakter betont, welcher der gesammten zusammengehörigen Gruppe der erkrankten Lippen-, Zungen-, Wangenschleimhaut u. s. w. zukommt, und von selben angegeben, dass die an genannten Stellen vorkommende Affection sich fast immer durch eine „eigenthümliche weisse Farbe charakterisirt und so aussieht, als wäre mit Höllenstein darüber gefahren, oder als wäre sie mit Rahm bestrichen worden.“ Trotzdem W. die Schleimhautaffectionen in allen Details genau schildert [1]), ihre Entwicklung und ihren Verlauf in klinischer Weise darstellt, übergeht er dennoch solche Krankheitsformen, welche bei voller Analogie mit syphilitischen Erkrankungen auf Zufälle nicht specifischer Natur sich beziehen, und während er hervorhebt, „dass die exanthem. Form oftmals übersehen oder ganz und gar nicht für verdächtig gehalten wird“ übersieht er die gegentheiligen Irrthümer gänzlich. Gerade diese letztern Angaben könnten zum Beweise dienen, dass oft Affectionen der Mundschleimhaut ihrer wahren Natur entgegen für specifisch gehalten wurden. Ein Gleiches finden wir in den im Allgemeinen ziemlich ausführlichen Schilderungen der syphilitischen Schleimhauterkrankungen von Acton [2]), Ducros [3]),

---

[1]) Syphilidol. v. Behrend II. Th. Leipzig 1840 p. 202.

[2]) ibidem III. Th. 1841 p. 566.

[3]) Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies syphil. Paris 1841 und Behrend, Syphil. Leipzig 1841. IV. Th. p. 512.

Desruelles[1]) u. A., welche fast ausnahmslos von Flecken und Geschwüren an den Schleimhäuten sprechen und andere ähnlich aussehende Affectionen, die nicht syphilitischer Natur sind, ganz übergehen.

Der Erste, welcher an die Bezeichnung „Psoriasis“ bei syphilitischer Erkrankung der Schleimhäute dachte, ohne selbe jedoch in Anwendung zu bringen, war Baumès[2]), der auch die Analogie der Schleimhauterkrankungen mit jenen der allgemeinen Decke zuerst besonders hervorhob. Baumès nimmt fünf verschiedene Arten der Schleimhautaffectionen an, von denen die zweite folgendermassen beschrieben wird. „Eine Form entspricht dem Schuppensyphilid (Psoriasis), denn wenn auch in der Mundschleimhaut nicht eigentlich Schuppen vorkommen können, so zeigt sich doch insoferne eine Analogie, dass sich hier runde Flecke mit Erhöhung, Anschwellung und Röthe der Schleimhaut bilden, und dass namentlich im Centrum dieser Flecken das Epithelium weisslich und gerissen erscheint. Diese Affection kann an zahlreichen Stellen vorkommen, namentlich der inneren Fläche der Lippen und Wangen und auf der Zunge.“ — Noch deutlicher und in Bezug auf die Darstellung selbst viel genauer, ist die Angabe von Herbert Mayo[3]), Chirurg am Middlesex-Hospital in London. Bei der Schilderung des Psoriasis syphilitica äussert sich dieser Autor folgendermassen: „die syphilitische Excoration der Schleimhaut der Rachenhöhle beruht auf der Verbreitung der Psoriasis über diese Partien. Einige Schleimhautstellen werden entzündet, bedecken sich mit einem Lager dicken weissen Epitheliums. An der inneren Fläche der Lippen hat der Fleck gewöhnlich die Grösse eines Pfennigs, auf dem Zungenrücken tritt die Affection mit umgebender Verhärtung und rissigem Aussehen auf. Die Erkrankung begleitet im höheren oder geringeren Grade constant die Psoriasis (syphil.).“ — Vidal[4]) hat die Auffassung Baumès vollkommen adoptirt, und dieser wie spätere Aerzte sind gleich Ducros und

---

[1]) ibidem VI. Th. p. 139.

[2]) Préçis théorique et pratique sur les maladies vénériennes etc. Lyon 1841 cfr. Behrend, Syphilid. IV. Th. p. 510 ff.

[3]) Treatise on Syphil. London 1840. Behrend, Syphil. Leipzig 1845. VI. Th. p. 243.

[4]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1859. p. 438.

Mayo bei der Annahme geblieben, dass gewisse durch rothe und weisse Flecken und Epithelauflagerung charakterisirte syphilitische Veränderungen der Mundschleimhaut mit dem squamösen Hautsyphilid ein und denselben Vorgang bilden, denen auch eine gleiche Beurtheilung zukommt. Doch während man die Aehnlichkeit der Erkrankungsformen auf Haut und Schleimhaut nur gleichsam vorübergehend herausfand, und die dem Schuppensyphilide ähnliche Affection der Schleimhaut mit keiner bestimmten Bezeichnung belegte, hat die Wiener Schule dies zuerst gethan. Sigmund[1]) äussert sich in dieser Beziehung wie folgt: „In einigen Fällen (von Syphilis der Mundhöhle) ist die Röthung der Schleimhaut weniger entwickelt, dafür entsprechend der Papelbildung in der Haut ein Infiltrat an einer mehr weniger wunden Stelle der Schleimhaut vorhanden, über welcher das Epithel milchig getrübt, entweder noch vorhanden ist oder stellenweise fehlt. An der Zunge bemerkt man einige für den Tastsinn deutlich wahrnehmbare harte Infiltrationen, welche sich von der Umgebung als milchige, glatte, ihres sammtartigen Epithels beraubte Flecke strenge abgrenzen. Die umschriebenen und unregelmässigen Epithelverluste an der Zunge, wobei die Zungenfläche weder exulcerirt ist, noch jene beschriebenen Infiltrate zeigt, geben der Zunge ein eigenes Aussehen, das am besten mit dem Namen Psoriasis linguae bezeichnet werden könnte, da die Haupterscheinung hier wie dort (wahrscheinlich der Haut?) das Abschuppen ist.“

Kaposi hat diese Bezeichnung nicht nur vollständig acceptirt, sondern auch insofern erweitert, als er sowohl die an der Zungenschleimhaut, als auch die auf dem Epithelüberzug der Mundhöhle vorkommenden syphilitischen Affectionen unter den Begriff der Psoriasis zusammenfasste und als Psoriasis mucosae oris et linguae beschrieb. K. bemühte sich in einer vor mehreren Jahren erschienenen, sehr lesenswerthen Monographie[2]), sowie auch in seinem späteren grossen Bilderwerke[3]) dieser Auffassung allgemeinen Eingang zu verschaffen, indem er diese Schleimhautaffection als

[1]) Aerztlicher Bericht aus dem allg. Krankenhause. Wien 1863. p. 126.

[2]) Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-, Rachen-, Nasen- u. Kehlkopfhöhle. Erlangen 1866. p. 83 ff.

[3]) Die Syphilis der Haut u. angrenzend. Schleimhäute s. Atlas Wien 1874 III. Lief. p. 173.

„ausschliessliche Production der Syphilis“ darstellt, die „mehr als alle übrigen, wie immer gearteten syphilitischen Krankheitsvorgänge, der gleichbenannten Affection der allgemeinen Decke, der Psoriasis vulgaris“ entsprechen. Während wir noch später auf die von K. betonte histologische Analogie beider Processe zurückkommen werden, können wir die Bemerkung nicht unterlassen, dass, während Baumès und Mayo die angeblich schuppigen syphilitischen Schleimhautaffectionen mit der syphilitischen Psoriasis in Analogie brachten, Kaposi die Analogie nachdrücklich bloss auf die Psoriasis vulgaris bezogen wissen will. Weiters müssen wir noch hervorheben, dass K. die Bezeichnung Psoriasis auch für jene Krankheitsfälle festhält, aus denen sich bösartige Wucherungen (Carcinome) zu entwickeln pflegen[1]). Indem dieser Autor hiemit die Behauptung aufstellt, dass die Carcinome aus syphilitischen Processen sich entwickeln können, erörtert er hiemit ein Moment, welches mit dem Verhalten der Leucoplakia buccalis grosse Aehnlichkeit aufweist. Die von Sigmund und Kaposi in Anwendung gezogenen Bezeichnungen scheinen jedoch in den seither erschienenen Fachwerken keine allgemeine Berücksichtigung gefunden zu haben, da in den Werken von M. A. Cullerier, Geigel, Zeissl, Müller, Lancereaux, Fournier, van Buren, Keyes u. A. die älteren für die in Rede stehenden Uebel gebrauchten Bezeichnungen wie: Plaques opalines, Plaques muqueuses, Végétations, Aphthes vénériennes, Schleimhautpapeln zu finden sind, bloss O. Weber[2]), Bäumler[3]) und Em. Kohn[4]) gedenken derselben in dem von den Wiener Aerzten gebrauchten Sinne.

ad III. Die zur nachfolgenden Gruppe gehörenden Angaben beziehen sich fast ausnahmslos auf jene Mittheilungen, welche von der abzuhandelnden Affection als von einer rein idiopathischen

---

[1]) A. a. O. p. 187.

[2]) „Es gibt eine syphilitische Psoriasis der Zunge, die in geschwürige Formen übergehen kann, und der Psoriasis an Händen und Füssen durchaus analog ist.“ — Handb. d. allg. u. spec. Chirurgie von Pitha u. Billroth. Erlangen 1866. II. Bd. 1. Abth. 2. Lief. p. 319.

[3]) Ziemssen, specielle Pathologie und Therapie. Leipzig 1874. III. Band pag. 135.

[4]) Die Syphilis während der Periode ihrer Initial- und Frühformen, deutsch nach Fournier's Leçons. Wien 1875. p. 160.

Erkrankung handeln. Da jedoch französische Beobachter, die das Leiden in ihrer Richtigkeit erkannten, die althergebrachte Krasenlehre bezüglich der dermatologischen Erkrankungen und der dem Kreise derselben zugetheilten Schleimhautleiden bisher nicht zu überwinden vermochten, so kann die Einheit der Darstellung in den nachfolgenden Angaben nicht strenge durchgeführt erscheinen. Während wir bei den in der 2. Gruppe namhaft gemachten Autoren den Begriff der Psoriaris für eine syphilitische Affection als die zumeist entsprechende angegeben finden, werden wir nun die Bezeichnung Psoriasis und Ichthyosis in ganz verschiedenem Sinne angewendet finden. Diese Gleichartigkeit der Benennung, die sich auf eine spontane Weise in der dermatologischen Literatur eingebürgert hatte, bildet bis heute einen nicht genug zu rügenden Uebelstand, der in der Nosologie der Erkrankungen je nach der Auffassung einzelner Autoren, die Unklarheit der Begriffe zu vermehren diente. Die Aetiologie der Leucoplakia wird über diese Ungenauigkeit manchen Aufschluss geben, weshalb wir vorläufig nur diese Andeutung voranzuschicken für zweckmässig erachteten.

Ein deutscher Arzt, Möller[1]), hat schon vor einer Reihe von Jahren die Erkrankungen der Zunge zum Gegenstande einer besonderen Darstellung gewählt und dieselben in dreierlei Formen geschildert. Von einer derselben, den chronischen Excoriationen, sagt er, dass sich mitunter an der Oberfläche scharf umschriebene rothe Flecken entwickeln; das Epithel ist an denselben stark verdünnt oder fehlend, die Papillen sind hyperämisch geschwellt und verdickt und ragen aus der umgebenden Oberfläche hervor. Aus diesen Flecken entwickeln sich nie dicke Verschwärungen, doch pflegen sich selbe auch nicht in der Fläche auszubreiten, sondern verbleiben in ihrer ursprünglichen Grösse und Configuration, die Flecke kommen an der Spitze und den Rändern der Zunge vor, wodurch die Bewegungen derselben schmerzhaft werden. M. sah dieses Leiden in 6 Fällen, es war jedesmal langwierig und wollte trotz mehrfach angewandter Medication nicht schwinden. Henoch[2]) sah bei gewissen Erkrankungen

---

[1]) Klinische Bemerkungen über einige weniger bekannte Krankheiten der Zunge. Deutsche Klinik 1851 Nr. 26 p. 273.

[2]) Supplementband zu Cannstadt's spec. Pathologie und Therapie. Erlangen 1854 p. 497.

der Zunge eine derartige Steigerung der Empfindlichkeit, dass dadurch die Bewegungen derselben bedeutend beeinträchtigt waren. „Bei der Untersuchung findet man die Zunge entweder ganz normal, so dass man es mit einer einfachen Hyperästhesie derselben zu thun hat, oder weit häufiger mit seichten, oberflächlichen, rothen Excoriationen in der Regel mit stärkerem Hervortreten der gerötheten Papillen."

Die beiden Beobachter Möller und Henoch haben diesen Angaben zufolge ihre Erfahrungen über ein ihnen fremd erscheinendes, und ohne bestimmte Bezeichnung näher charakterisirtes Zungenleiden mitgetheilt. Dem entgegen hatte bald darauf Ullmann [1]) eine ähnliche Beobachtung veröffentlicht, die er gewisser auffallender Veränderungen wegen mit dem Namen Tylosis belegte. Die Erkrankung betraf einen 65jährigen Mann, bei dem in langsamer Entwicklung ein Zungenleiden entstand, das dadurch sich kundgab, dass an der oberen Zungenfläche mehr weniger weisse in die Schleimhaut eingelagerte und von weisslich gefärbten Stellen begrenzte Schuppen sich bildeten. An einer umschriebenen, vom Epithel entblössten Stelle war das Papillarstratum von einem $^1/_2$''' erhabenen Walle umgeben, welcher der hypertrophischen Hornschichte der äusseren Haut glich (Tyloma).

Buzenet [2]) hat in einer den Schanker des Mundes behandelnden Monographie zwei Beobachtungen mitgetheilt, bei denen Erkrankungen der Schleimhaut vorhanden waren, die sowohl in Bezug auf ihren Verlauf, als das nachweisbare ätiologische Moment (anhaltendes Tabakrauchen) ohne jegliche vorhergehende syphilitische Erkrankung sich entwickelten. Von dem einen Falle sagt er: „la muqueuse buccale présente dans l'étendue de deux centimètres environ un aspect tout à fait extraordinaire, elle est de couleur blanche, sa surface un peu élevée offre un certain degrés de résistence." In dem 2. Falle aus der Beobachtung Fournier's heisst es von der Zunge: „la langue semble recouverte d'une couenne blanche, sorte de pseudo-membrane adhérente." Da beide Patienten starke Tabakraucher waren, so leitete B. die Veränderung der Schleimhaut, gleichwie Ullmann, von dem Ein-

---

[1]) Bayerisches ärztliches Intelligenzblatt 1858.

[2]) Le chancre de la bouche. Thèse inaugurale. Paris 1858.

fluss des Tabaks ab, und ersterer bezeichnete deshalb auch diese Erkrankung als Plaques des fumeurs.

Einige Zeit darauf hatte Neligan [1]) eine Mittheilung veröffentlicht, die sich bei Gelegenheit der Untersuchung eines Individuums zum Zwecke einer Lebensversicherung darbot. Die krankhafte Veränderung betraf die ganze Zunge und die Innenfläche der Wange eines 46 Jahre alten Mannes (the dense covering had nearly overspread the whole tongue extending also to the inside of the cheeks). Wir kommen auf diesen Fall noch später zu sprechen.

Von der Mitte der 60er Jahre an haben sich die früher nur vereinzelt mitgetheilten Beobachtungen, über deren Wesenheit die beobachtenden Aerzte selbst in grosser Unklarheit waren, auffallend vermehrt, und es ist das Verdienst englischer und französischer Autoren dieser Krankheitsform ihre besondere Aufmerksamkeit geschenkt und sich grösstentheils klinisch mit dem Wesen dieses Uebels befasst zu haben.

Wir können wohl die englischen Aerzte als die ersten und aufmerksameren Beobachter anführen, welche fast durchgehends für das in Rede stehende Leiden, dem sie zumeist als Zungen- und weniger als Schleimhauterkrankung der Mundhöhle ihre Aufmerksamkeit geschenkt hatten, die Bezeichnung der Ichthyosis linguae gewählt hatten, entsprechend dem Vorgange Plumbe's (v. oben), der die Ichthyosis der Haut mit der Schuppenbildung auf der Zunge für identisch hielt, so dass diese Bezeichnung in England jetzt fast die allein gangbare ist.

Hulke [2]) war einer der eifrigsten und frühesten Forscher, der die Pathologie dieses Uebels festzustellen versucht hatte, und der den eigentlichen Grund zur Entwicklung derselben in einer Hypertrophie der Papillen und Verdickung der Schleimschichte zu finden glaubte. Diese Angabe fand nahezu allgemeine Annahme

---

[1]) Notes on unusual abnormal condition of the mucous membran of the tongue and cheeks, in connexion with life assurance. Dublin quart. Journ. of med. Science. August 1862.

[2]) Medic. Times and Gazette Novemb. 1861 u. 1864; Transactions of the clinical society of London 1869 II.; Med. Times and Gaz. 1873 Febr.

und Paget [1]), Henri Morris [2]), Fairlie Clarke [3]), Tilbury Fox [4]), Drysdale [5]), Acton [6]) u. A. haben theils ihre diesbezüglichen Beobachtungen in einzelnen Aufsätzen mitgetheilt, theils bei Gelegenheit eingehender dieses Thema betreffender Debatten in wissenschaftlichen Körperschaften [7]) die Natur und das Wesen dieses Uebels behandelt. Eines der wesentlichsten Momente, auf welche die Aufmerksamkeit der meisten englischen Forscher gerichtet war, betraf den schliesslichen Ausgang dieser eigenthümlichen Erkrankung, der sich als Uebergang der Schleimhautaffection in eine bösartige (epitheliomatöse) Krankheitsform manifestirte. Andere Beobachter hatten wieder mit Recht darauf aufmerksam gemacht dass die Ichthyosis linguae nicht immer zur Entstehung von Epitheliomen führen müsse, sondern dass sich auch andere weniger bösartige Neubildungen aus den Epithelialwucherungen der Mucosa entwickeln können, namentlich papillomatöse Bildungen, wie dies die Erfahrungen vou Marshall, Morris und Birkett [8]) lehrten.

Sowie die englischen, so hatten auch die französischen Aerzte fast unabhängig von ihren Collegen jenseits des Kanals die fragliche Schleimhautaffection der Mundhöhle aufmerksam und eifrig verfolgt und seit nahezu einem Decennium den selbstständigen Charakter derselben besonders betont. Die Schilderungen der französischen Autoren haben für uns insofern eine gewisse Bedeutung, weil die bei selben übliche Bezeichnung Psoriasis mit

---

[1]) The origine of cancer etc. London 1872 cfr. Schmidt's Jahrb. 1874 I. p. 76.

[2]) Brit. med. Journ. 1874, 21. Febr. und 14. März.

[3]) Treatise on the diseases of the tongue. London 1875 u. Brit. med. Journ. 1874, 28. März.

[4]) So called Ichthyosis linguae etc. Brit. med. Journ. 1874.

[5]) Ebendaselbst.

[6]) Brit. med. Journ. 1874, 14. März. Acton hat sich auch darüber geäussert, dass er innerhalb 30 Jahre das Uebel wohl häufig beobachtet hatte, dass er aber selbes zumeist für syphilitischer Natur (!) gehalten, wenn gleich locale Momente nichtsyphilitischer Natur zum Anstoss der Krankheit gedient hatten.

[7]) Royal med. and chirurg. society. The Lancet 1874, 14. März und neuestens Clinical Society of London in The Lancet 1877, 31. März.

[8]) Med. Times and Gaz. 1875, 17. April.

der von der Wiener Schule gebrauchten identisch ist, während die Begriffe für die Erkrankung selbst sich als ganz different darstellen. Was die Wiener Schule für ein Uebel syphilitischer Natur zu bezeichnen liebt, das gilt den Franzosen keineswegs als eine rein syphilitische Erkrankung; selbe wird oft für eine idiopathische, durch locale Momente verursachte, mitunter wieder für eine Affection rheumatischen, gichtischen oder dartrösen Ursprunges gehalten. Hie und da wird auch eine specielle constitutionelle Ursache, namentlich Syphilis als Causalmoment angegeben, doch eine strenge Trennung oder Sonderung der als Psoriasis bezeichneten Fälle in Rücksicht auf ihr ätiologisches Moment findet man nicht eingehalten. Zur besseren Orientirung wollen wir noch hinzufügen, dass überall, wo die englischen Autoren von Ichthyosis der Mundhöhlenschleimhaut sprechen, dieselbe Affection von den Franzosen Psoriasis buccalis v. lingualis genannt wird. Der Erste, der diese Bezeichnung im angegebenen Sinne gebrauchte, war Bazin[1]), der das Schleimhautleiden zuerst als eine Abart der Psoriasis arthritique (!) der Haut betrachtete und von demselben Folgendes sagt[2]): A coté du psoriasis arthritique nous plaçons une affection squameuse de la muqueuse buccale, que nous signalons sous le nom de „psoriasis buccal.“ Von der Erkrankung selbst sagt Bazin: dass sie auf der Innenseite der Wangen, der Lippen und der Zunge vorkomme, durch kleine weissliche Häutchen (pellicules blanchâtres) gebildet werde, die oft zu länglichen Streifen sich aneinanderreihen u. s. w. Das Uebel ist sehr hartnäckig und besteht oft Jahre hindurch ohne wesentliche Veränderungen zu erzeugen. In dem von Bazin angegebenen Sinne haben sodann andere Autoren, wie Baudot[3]), Dechambre[4]),

---

[1]) Der Grund, warum wir Bazin's Angaben nicht der Gruppe I anreihen, ist der, dass B., der ursprünglich die Psoriasis der Haut und der Schleimhaut für analoge Processe hielt, diese seine Annahmen nicht in consequenter Weise festhält; während er früher die Identität beider Uebel betonte, hat er später dieses Moment wieder ausser Acht gelassen, und selbes sowohl mit Ekzem und Akne, als mit squamöser und papulöser Syphilis der Haut in Connex gebracht.

[2]) Leçons cliniques et théor. sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. Paris 1868, p. 272.

[3]) Traité des affections de la peau. Paris 1869, p. 287.

[4]) Dictionn. encycloped. des sciences méd. Paris 1869, Artikel „Langue“.

Debove[1], Mauriac[2], Trélat[3], Verneuil[4], Terillon[5], u. A. theils durch Veröffentlichung von Krankheitsfällen, theils bei Gelegenheit wissenschaftlicher Discussionen über dieses Thema (Société de Chirurgie) sich geäussert, so dass heutzutage sowohl in Frankreich wie in England diese Krankheitsform in ärztlichen Kreisen als eine nicht seltene Affection bekannt ist. Nicht so in Deutschland.

Während, wie angegeben, deutsche Aerzte, wie Möller, Henoch und Ullmann schon vor zwanzig Jahren auf eigenthümliche bisher nicht bekannte oder beschriebene Zungenaffectionen aufmerksam machten, hatte man diesen kurzen Angaben keine weitere Beachtung geschenkt und ausser Weber's flüchtiger Bemerkung, die sich jedoch auch nur auf syphilitische Formen bezieht, erschien diese Affection unberücksichtigt. Erst in letzter Zeit wurde unter der Aegide Billroth's[6] eine Arbeit veröffentlicht, die das Verhalten der Psoriasis, der Mundschleimhaut zum Carcinom erforschte und die in histologischer Beziehung die bisher bekannten Mittheilungen an Specialdetails übertrifft. Erwähnung verdient unter anderen die Aeusserung Billroth's, dass derselbe trotz seiner reichen chirurgischen Erfahrungen an Orten früherer Wirksamkeit bisher dieses Uebel kaum gesehen und dass Oesterreich und seine Nachbarländer ein auffallend reiches Beobachtungsmaterial bezüglich dieser Krankheitsobjecte aufzuweisen scheinen. Diese Behauptung in ihrer Allgemeinheit hingestellt hat, was die literarischen Befunde über diesses Uebel betrifft, ihre volle Berechtigung; das möchten wir jedoch bestreiten, als ob, was die Seltenheit der Erkrankung anlangt, das Uebel erst als ein neueres

---

[1]) Le psor. bucc. Paris 1873.

[2]) Du psor. de la langue et de la muqueuse buccale. Paris 1875.

[3]) Rapports entre le psor. et l'épithéliome de la langue. Bulletin de la société de Chirurg. 1875, 8. Decemb.

[4]) Epithel. de la langue succédant au Psor. lingual. Tribune médicale 1876, p. 400.

[5]) Psoriasis de la langue avec rétrécissement de l'oesophage. Tribune médic. 1876, p. 520.

[6]) Ueber die Psoriasis der Zunge und Mundschleimhaut und deren Verhältnisse zum Carcinom von Dr. Nedopil, Assistenzarzt an Prof. Billroth's Klinik. Archiv f. klin. Chirurg. Berlin 1876. XX. Bd. II. Hft.

zu betrachten sei und ob nicht andere Momente als gerade die geographisch so beschränkt erscheinende Beobachtungszone für die mangelhafte Beurtheilung massgebend gewesen sein dürften.

Die Unkenntniss des Uebels hat gewiss auch manche fremdartige Bezeichnung veranlasst. Wir haben derselben gedacht, die collectiv in Anwendung kamen — es gibt aber auch solche, die gar keine eigentliche Beachtung gefunden haben. So hat z. B. Schuh[1]), bekanntlich Billroth's Vorgänger an der chirurgischen Klinik zu Wien, eine Affection der Schleimhaut der Backe, der Lippen, ja selbst des weichen Gaumens in Form von 2—3''' breiten, 1—4''' vorragenden, weissen, „gekrümmten Wülsten" beschrieben die er in wenigen Fällen gesehen und die er nicht abgeneigt war für Epithelialwucherungen zu halten. Aehnliche Angaben dürften unter verschiedenen Namen noch mehrere in der Literatur sich vorfinden.

Ueber die Häufigkeit der Leucoplakia buccalis.

Bei dem heutigen Stande der Kenntniss der in Rede stehenden Erkrankung fehlt uns jeder Anhaltspunkt, das Vorkommen der Leucoplakie in Bezug auf ihr mehr oder weniger häufiges Auftreten zu erforschen. Bedenkt man, dass idiopathische Veränderungen an den verschiedenen Partien der Schleimhäute, die keinerlei Combination mit Erkrankungen der Haut oder chirurgischen Erkrankungen eingegangen sind, im Allgemeinen nach ihrer Dignität nicht immer entsprechend beurtheilt werden und dass man nur zu oft geneigt ist, ein an gewissen Localitäten erscheinendes Uebel als Theil einer Gesammterkrankung zu betrachten und letztere mehr als erstere zu berücksichtigen, so ist hiermit eine der häufigsten Fehlerquellen in Bezug auf die richtige Beurtheilung solcher Erkrankungen gegeben, welche der Leucoplakie angehören. Die Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle sind nun solche Uebel, welche falls über deren Charakter keine besonderen Anhaltspunkte zu Gebote stehen, sehr oft und sehr leicht als syphilitische Erkrankungen betrachtet werden und hiemit ist ein Umstand gekennzeichnet, der die Kenntniss der Leucoplakie in nicht

---

[1]) Pathologie u. Therapie d. Pseudoplasmen. Wien 1854, p. 64.

geringem Masse zu erschweren geeignet ist. Dieses Moment ist fast allen Beobachtern aufgefallen und der Natur der Sache nach auch sehr leicht erklärlich, da das Auftreten der idiopathischen im Vergleiche zu syphilitischen Schleimhautleiden als ein viel selteneres bezeichnet werden muss.

Wenn wir aber von der Häufigkeitsscala, in welcher dieses Uebel zu beobachten ist, sprechen, so handelt es sich blos um ganz reine, jeden Zweifel über deren Echtheit ausschliessende Fälle und wir werden demnach trotz der verschiedenen und gebräuchlichen Nomenclaturen solche Fälle zu berücksichtigen haben, die nur als idiopathische Uebel beschrieben und veröffentlicht wurden. Von den im vorigen Abschnitte angeführten, vereinzelt erscheinenden Beobachtungen Alibert's, Rayer's, Plumbe's und zum Theile auch Babington's können wir hier nicht weiter sprechen, selbe waren gleichsam als seltene Specimina angeführt und es handelte sich bei diesen Autoren nur darum, zu constatiren, dass man mitunter Schleimhauterkrankungen findet, die mit der Erkrankung der äusseren Haut volle Identität zeigen, und dass demnach beide Erkrankungsformen als durch ein und dasselbe ätiologische Verhalten entstanden sind. Bazin, der eigentliche Begründer der Psoriasisbezeichnung in dem früher angeführten Sinne, dürfte wohl ziemlich häufig in der Lage gewesen sein, dieses Uebel zu beobachten, doch hat er selbst keine statistischen Daten darüber gesammelt und die von seinen Schülern veröffentlichten Krankengeschichten enthalten sowohl Fälle, die als Folgeübel von Syphilis sich manifestirten, als auch rein idiopathische Formen. Debove[1]) hat unter 24 Krankengeschichten, die in französischen Spitälern zur Beobachtung kamen (darunter Fälle von Bazin, Hillairet, Verneuil, Buzenet u. A.) selbst nur einen einzigen Krankheitsfall zu verfolgen Gelegenheit gehabt. James Paget[2]) sah mit Einschluss einiger Fälle von Hulke im Ganzen 6 von Ichthyosis linguae, bei welchen durchwegs aus chronischen „unschuldigen, homologen Epithelial- und Papillarwucherungen der Zunge“ Epitheliome sich entwickelten. Clarke[3]), der sich ein-

[1]) Le psoriasis buccal. Paris 1873.
[2]) Meissner, über den Krebs. Schmidt's Jahrb. 1874. I. 76.
[3]) The Lancet 1874. I. 369.

gehend mit dem Gegenstande beschäftigte, spricht von 17 Fällen, von denen er einige selbst gesehen, während die anderen in das Beobachtungsgebiet fremder Aerzte fallen, die theils als mündliche, theils als durch Journalmittheilungen bekannte Beobachtungen in die genannte Zahl aufgenommen sind. Mauriac [1]) erzählt ausführlich 9 Krankengeschichten, die ihm im Laufe der Jahre untergekommen sind. Trélat [2]) sah im Ganzen 5 Fälle mit Erkrankung der Zunge und schliesslichem Ausgange in Krebs, und Nédopil [3]) hat 15 Fälle, zumeist aus der Klinik und Privatpraxis seines Lehrers Billroth entnommen, gesammelt, die zur Beleuchtung der vorgesteckten Frage genügendes Material zu bieten vermochten.

Alle diese zur Veröffentlichung gelangten Mittheilungen waren sowohl durch ihr klinisches Verhalten von Wichtigkeit, als auch dadurch, dass sie zur Erörterung gewisser Specialfragen Anlass boten. Der zur richtigen Würdigung dieser Affection bisher verstrichene Zeitraum ist ein viel zu kurzer, das vorhandene Material viel zu wenig gesichtet, um damit die Frage zu beantworten: wie verhält sich die Summe der zur Beobachtung gekommenen Fälle von Leucoplakie zur Zahl anderer Haut- oder Schleimhauterkrankungen. Es wäre wohl nicht uninteressant auch den Gegenstand nach dieser Richtung zu beleuchten, was bei seltenen Krankheitsformen von einer nicht zu unterschätzenden Wichtigkeit ist, um so mehr, da wir wissen, dass ein sehr häufiger Ausgang dieser Erkrankung zu bösartigen Formationen und lethalem Ende zu führen vermag.

Ich versuchte nun die Häufigkeitsfrage dieser Schleimhautaffection bei dem mir zu Gebote stehenden Materiale in der üblichen Weise zu lösen. Aus den nachstehend mitzutheilenden Fällen ist ersichtlich, dass ich die Leucoplakie im Verlauf von fast 9 Jahren 20 mal gesehen und da die Zahl der in dem gleichen Zeitraume zur Behandlung gelangten Haut- und Syphiliskranken die Summe von 5000 Fällen beträgt, so ist das Percentverhältniss der ersteren zu den letzte-

[1]) Du psor. de la langue et de la muqueuse buccale. Paris 1875.

[2]) Tribune médicale 1876, Nr. 418.

[3]) Archiv für Chirurg. 1876, p. 325.

ren Erkrankungen 4·0 pro mille oder 0·44% — jedenfalls ein Verhältniss, das deutlich genug die Seltenheit der Leucoplakie anschaulich zu machen vermag. Ich habe mich wohl gehütet, solche Fälle unter die obengenannte Zahl aufzunehmen, welche bei vorhandener oder erst kürzlich abgelaufener Syphilis die bekannten Schleimhautverfärbungen darbieten, oder Erkrankungen zu berücksichtigen, welche geringfügige kleinere weisse Plaques aufweisen, die dem Wesen der Leucoplakie nicht vollkommen entsprechen. Hieher gehören solche Fälle, die als unscheinbare, wenig ausgebreitete, flache Hypertrophien an der Wangenschleimhaut bestehen, oder solche die zumeist als geringfügige mattweisse Verfärbungen (Flecken) erscheinen. Der seit Jahren von mir verfolgte Gegenstand lehrte mich die Schleimhäute der Kranken fast constant einer Besichtigung zu unterziehen und so kamen mir sehr häufig Fälle zur Wahrnehmung, welche den angegebenen Zustand darboten, der durch locale Reize von abgebrochenen Zahnkronen, falschen Zähnen, häufigem Gebrauch von Mundstücken (Cigarrenspitzen) u. s. w. entstanden war und die bei längerer Beobachtungsdauer weiter keine Veränderungen darboten. Solche Fälle hingegen, die sich bei ähnlichen Momenten zur wahren Leucoplakie entwickelten, gehören selbstverständlich an die ihnen zukommende Stelle. Es wäre vielleicht richtiger, die Leucoplakie mit anderen Schleimhauterkrankungen gleicher Localität in statistischer Weise zusammenzustellen, doch wollte ich den Standpunkt festhalten, der dem des Dermato- oder Syphilidologen entspricht, da sich in dem Beobachtungsrayon desselben nicht nur ausgesprochene Haut-, sondern auch Schleimhauterkrankungen mannigfacher Form vorfinden.

Krankheitsfälle.

Bevor ich an eine eingehende Erörterung der Symptomatologie der Leucoplakie gehe, will ich nachstehend alle meiner Beobachtung unterstandenen diesbezüglichen Fälle in chronologischem Zusammenhange folgen lassen. Die objective casuistische Schilderung soll zum Ausgangspunkte der später folgenden Darstellung dienen, hoffentlich wird sie im Verein mit den zu den nennenswertheren Fällen nach der Natur aufgenommenen, chromolithogra-

phirten Tafeln die trockene Beschreibung des Gegenstandes in gewünschter Weise unterstützen.

I. Leucoplakia lingualis.

W. L. ein 46 Jahre alter Agent, kam am 4. März 1869 wegen eines Zungenleidens in meine Behandlung. Patient klagte über eine seit 4 Jahren andauernde Erkrankung, die sich als aus weissen, glatten, scharf umschriebenen, ein wenig hervorragenden und beiläufig linsengrossen Epithelialwucherungen bestehende Veränderung darstellte, die sich an der vorderen Partie der oberen Zungenfläche vorfand. Nebst den genannten Veränderungen zeigten sich noch einige von einer scheinbar verdünnten Epithelschichte bedeckte, weniger genau contourirte dunkelrothe Flecke, so dass die Zungenoberfläche ein marmorirtes Aussehen darbot. Der zwischen den erkrankten Stellen vorfindliche normale Epithelüberzug hatte sein unverändertes Aussehen, war jedoch von den erkrankten Stellen unterbrochen, so dass selber gleich einzelnen Plaques aus der kranken Umgebung hervorstach. Nebst diesen auffälligen Veränderungen sah man noch, dem Querdurchmesser der Zunge entsprechende, schärfer erscheinende Linien, welche bei starkem Hervortreten derselben wie tiefere Einschnitte sich präsentirten, die zum Theil auch die weisslichen Veränderungen an der Oberfläche durchzogen. Die Ränder der Zunge, sowie der rückwärtige Theil derselben, zeigten keinerlei abnormes Verhalten; die Papillen an den normalen Stellen nicht verändert, an den rothen Stellen jedoch mässig verdickt und hervorragend. Die Lippen und übrigen Partien der Mundhöhlenschleimhaut normalen Verhaltens und Färbung.

Die Untersuchung des Körpers weist durchaus keine Krankheitserscheinungen auf, an der allgemeinen Decke ist weder ein Ausschlag noch sonst eine Spur anderweitiger Erkrankung zu sehen, auch Narben etwaiger vorausgegangener Geschwürsbildung lassen sich an keiner Stelle auffinden. Die Inguinal-, Hals- und Ellbogendrüsen zeigen keine pathologische Abweichung. Ich erwähne absichtlich dieser auf ein verdächtiges Leiden hinweisenden Umstände, da Pat. angab, dass er vor 25 Jahren an einem venerischen Geschwür (Ulcus molle) gelitten, welches nach 4—5 wöchentlicher Behandlungsdauer vollkommen zur Heilung gebracht wurde und von keinem nachträglichen Leiden gefolgt gewesen sein soll. — Pat. ist seit 10 Jahren verheirathet,

war nie nennenswerth krank, ist Vater zweier gesunder Kinder und zur Zeit nur seines Zungenleidens wegen beunruhigt, gegen welches er schon manche ärztliche Hilfe suchte.

Was das genannte Uebel betrifft, so erwähnt Pat., dass es schon vor einigen Jahren sich zu entwickeln begann und dass es seit einem Jahre gewisse Unannehmlichkeiten verursacht, die sich namentlich beim Essen, Trinken und Rauchen in besonderem Masse steigern. Pat. hatte von anderen Aerzten gegen dieses Uebel verschiedene örtliche und allgemeine Mittel erhalten, doch selbe erschienen auf den Verlauf und die weitere Entwicklung der Erkrankung ganz ohne Einfluss; denn die angeführten Veränderungen haben trotz aller Eingriffe sich in zunehmender Weise gesteigert.

Zur Zeit als ich den Patienten sah, war mir die Wesenheit dieser Uebel fremd, und die Angabe, dass Pat. an einem venerischen Geschwür gelitten, genügte mir, trotzdem ich keine sicheren Anhaltspunkte für das Wesen des Leidens in dem Verhalten des übrigen Organismus vorfand, das einzuschlagende Heilverfahren festzustellen. Ich verordnete demnach, von der Ansicht ausgehend es mit einem syphilitischen Zungenübel zu thun zu haben, das Zittmann'sche Decoct durch einige Wochen zu gebrauchen, örtlich jedoch Touchirungen mit Lapis vorzunehmen. — Nach Verlauf einiger Wochen schien (vielleicht in Folge der Touchirungen) das Zungenleiden sich zu bessern, namentlich die schmerzhaften rothen, von einem verdünnten Epithel überzogenen Flecken waren viel weniger empfindlich. Die Annahme, dass dem Zittmann'schen Decoct und der später durch Jodkali substituirten inneren Medication ein Antheil an der Besserung zuzukommen scheine, erwies sich als trügerisch, da sich mit Nachlass der örtlichen Behandlung die kurz dauernde Besserung wieder verlor. Pat., der durch mehrere Monate unter meiner Behandlung stand, blieb schliesslich mit wenig gebessertem Zustande aus.

Im Monate Juni des folgenden Jahres (1870) kam Pat. abermals, und ich konnte insoferne eine Zunahme des Uebels constatiren, als sich neben den fast unverändert erscheinenden weisslichen Epithelwucherungen, auch die früheren rothen Flecke in gleicher Weise verändert zeigten und die nun zahlreichen weissen Plaques die alleinigen krankhaften Erscheinungen aufwiesen, denen Pat. noch unterworfen war. Die örtlichen Erscheinungen zeigten sich jedoch durch die Epithelvermehrung an den früher rothen Stellen entschieden günstiger,

und die früher vorhandenen Schmerzen beim Essen und Trinken waren nur zeitweilig, namentlich beim Genusse scharf gewürzter oder stark sauerer Nahrungsmittel vorhanden. — Die Annahme, das Zungenübel für ein specifisches Leiden zu halten, war in diesem Falle nicht mehr festzuhalten, ich beschränkte mich demnach dem Kranken nur den Gebrauch von leicht adstringirenden Mundwässern zu empfehlen, die auch von günstiger Einwirkung schienen. Ich habe den Pat. zuletzt im Jahre 1873 mit wenig verändertem Befinden seiner Zunge gesehen.

II. Leucoplakia buccae und linguae.

T. J. ein 36 Jahre alter Beamter, mässiger Raucher, stellte sich mir am 30. October 1871 mit der Angabe vor, dass er schon mehrmals an syphilitischen Geschwüren gelitten, und in Folge dessen schon mehrfacher allgemeiner und örtlicher Behandlung unterworfen gewesen. Jetzt klagt Pat. nur über ein hartnäckiges Zungenleiden, welches nicht nur beim Essen, sondern auch beim Sprechen viele Unannehmlichkeiten veranlasst. Schon als äusserliches Moment fällt die Sprechweise des Kranken auf, insoferne derselbe bei den Bewegungen der Zunge eine gewisse Schonung verräth, und Pat. einen solchen Eindruck macht, als ob er mit einem fremden Körper im Munde zu sprechen gezwungen wäre. — Die Untersuchung lehrt, dass an der oberen Zungenfläche, u. z. fast an der ganzen Ausdehnung eine opalisirende weisse Färbung sich zeigt, welche sowohl an der hinteren als an den Seitenrändern der Zunge durch scharfe Linien begrenzt ist. Die einzelnen Papillen ragen gleich mattrothen Punkten aus der kranken Fläche hervor, trotzdem die ganze Zungenfläche bei oberflächlicher Besichtigung wie von einer gleichmässigen Verfärbung verändert erscheint. Bei genauer Besichtigung findet man die Zunge von zarten Linien durchzogen, die in Längs- und Querzügen die ganze erkrankte Partie gleichsam in einzelne unregelmässige Felder zu theilen scheinen. An der Zungenspitze sieht man eine lebhaft rothe, bei Berührung schmerzhafte Excoriation von Hanfkorngrösse. Reinigt man die weiss erscheinende Oberfläche der Zunge, so ist selbe im Vergleich zu der rückwärtigen gesunden Partie rauh und uneben; die röthlich weissen etwas verdickten Papillen sind bei stärkerer Berührung schmerzhaft, ebenso wie ein auf die obere und untere Zungenfläche zum Zwecke der Untersuchung vorgenommener Druck eine bedeutende Schmerzäusserung veranlasst.

An der Schleimhautpartie der linken Wange zeigen sich längliche, unregelmässig begrenzte, den weisslichen Zungenplaques ähnliche, etwas über die umgebende gesunde Partie hervorragende, bei der Untersuchung infiltrirt erscheinende Schleimhautverdickungen, die der Lippencommissur entsprechend beginnen, und in der Richtung zur Zungenwurzel hin, sich verlieren. Die linke Wangenpartie, sowie die Schleimhaut der Lippen vollkommen normalen Verhaltens. — Patient gibt die Dauer seines Leidens auf circa 2 Jahre an, das seichte Zungengeschwür besteht seit etwa 3 Monaten.

Eine genaue Untersuchung des übrigen Körpers und des Drüsensystems zeigt keine Veranlassung auf eine etwa vorhandene Syphilis zu denken; der Schleimhautüberzug der Mandeln und der gesammten Rachenpartie ist gleichfalls gesund.

Die Anamnese des Uebels war ziemlich unklar, jedenfalls scheint keine eigentliche syphilitische Erkrankung bestanden zu haben, denn Pat. weiss über ähnlichen Erkrankungen zukommende Exantheme oder Schleimhautaffectionen keine sicheren Angaben zu machen, bloss die erwähnten weichen Geschwüre galten demselben als ernsterer Natur. Ohne Rücksicht auf die Anamnese erschien mir die Schleimhauterkrankung der Mundhöhle dennoch als ein specifisches Leiden und ich verordnete deshalb nebst äusserlich zu gebrauchenden Lapistouchirungen, Jodkali in grösseren Dosen. — Ueber den Verlauf des Uebels finde ich in meinem Protokolle die nachstehende Angabe: (vom 10. December 1871), dass das Geschwürchen an der Zungenspitze verheilt, die weissen Plaques jedoch unverändert, die Empfindlichkeit der Zunge geringer, das Sprechen leichter und die Schmerzhaftigkeit beim Essen vermindert waren. Pat. blieb durch einige Monate aus, stellte sich aber am 2. Juli 1872 wieder vor, wobei das Geschwür an der Zungenspitze neuerdings in grosser Ausdehnung sich zeigte. — Ther. Lapisätzung und Chlorkali-Mundwasser, namentlich letzteres gegen die unveränderte Epithelerkrankung der Zungenschleimhaut. — Einige Wochen später war gananntе Geschwürsbildung vollkommen verschwunden, und Pat., den ich im Jahre 1873 zuletzt gesehen hatte, war mit demselben Status der Wangen und Zungenschleimhauterkrankung wie vor fast zwei Jahren, als er sich zuerst vorgestellt hatte, aus meiner Beobachtung ausgeblieben. — Zu bemerken wäre noch, dass ich den Vater des Kranken, einen 79 Jahre alten Mann nahezu vier Jahre lang an einem hochgradigen tiefgreifenden Epithelialkrebs der Wange

behandelte, der mit ausgebreiteter Destruction nahezu der einen Gesichtshälfte zu lethalem Ausgange geführt hatte. In letzterem Falle war jedoch keinerlei Leucoplakia vorausgegangen.

III. Leucoplakia lingualis, Papilloma.

(Tafel VI.)

I. S. ein 62jähriger, gesunder und rüstiger Mann, Privatier, kam im März 1872 wegen eines Zungenleidens zur Behandlung. Die in ganzer Ausdehnung verdickte, im Quer- und Längsdurchmesser etwas geschwellte Zunge war schon seit einigen Jahren der Sitz einer krankhaften Veränderung, die sich an der rechten Hälfte über die vorderen zwei Drittheile nahezu bis zu den Papillis circumvallatis erstreckte, während die linke Zungenhälfte ganz normal erschien. Die Krankheit zeigte sich als eine aus glänzend weissen Plaques bestehende Veränderung, aus welcher 3—4 etwa hanfkorngrosse, durch verdicktes Epithel massiger erscheinende, von der sie umgebenden weissen Fläche ohne scharfe Contouren begrenzte Knötchen hervorragten. Die letzteren waren bei der Untersuchung empfindlich, bei Druck sogar schmerzhaft, und hatten den Anschein, als ob sie aus der Substanz der Zunge sich entwickelt hätten. Die flachen Epithelverfärbungen, die oben die glänzend und nahezu silberweissen Plaques darstellten, waren von ziemlicher Intensität und in ihrer Ausdehnung sowohl nach dem rechten Zungenrande als nach der Raphe zu, von scharf gezeichneten rothen Linien begrenzt. Die Oberfläche der Knötchen war keine gleichmässige, sondern von kleinen, blos mit der Loupe deutlich wahrnehmbaren Rissen durchsetzt; die an die kranke Zungenpartie anstossende Schleimhaut zeigt die Papillae fungiformes etwas stärker entwickelt und von dunkelrother Färbung,

Patient ist von seinem Leiden in nicht geringem Grade beim Genusse warmer Speisen und Getränke gestört, und kann seine Mahlzeiten nur mit grosser Mühe und Vorsicht geniessen, das Sprechen ist gleichfalls erschwert, theilweise schmerzhaft. Ich hatte an den Zungenplaques mehrmals das Geschmacksgefühl zu prüfen unternommen, fand aber sowohl bei süssen und sauern zur Untersuchung verwendeten Substanzen (Salz, Zucker, Essig, u. s. w.) keine Veränderung in der Empfindung.

Was die Anamnese anlangt, so ist Pat. sich keinerlei traumatischen oder anderweitigen örtlichen Momentes bewusst, welches das

Leiden veranlasst hätte, und behauptet selber, dass die Erkrankung auf ganz spontane Weise in langsamem Wachsthume innerhalb 3—4 Jahre bis zu dem angegebenen Grade sich entwickelt hatte. — Die Untersuchung des Körpers zeigte am rechten Unterschenkel eine dunkelbraune, thalergrosse flache Narbe, ähnlich den nach syphilitischen Geschwüren zu Stande gekommenen, uud Pat. sagt darüber aus, dass selbe seit 25 Jahren bestehe und aus einer eiternden Wunde sich gebildet hatte. — Ueber etwaige Antecedentien einer syphilitischen Erkrankung sind vom Patienten absolut keine sicheren Angaben zu erhalten. Nach seiner Aussage war er nie von primären oder secundären Uebeln befallen gewesen, ist Vater von drei gesunden Kindern, von denen ein Sohn, 24 Jahre alt, an Phthisis gestorben, während die zwei lebenden nicht nur stets gesund waren, sondern selbst ganz gesunde Kinder besitzen. (Eine Angabe, von der ich mich auch zu überzeugen Gelegenheit hatte.) Im Verlaufe einer 35jährigen Ehe war Pat. überhaupt nicht ernstlich krank, nur soll er einmal durch 2—3 Jahre an rheumatischer Erkrankung der unteren Extremitäten, mit einem gleichzeitig an Handflächen und Fusssohlen entstandenen, schuppenden Exanthem (Psoriasis specifica?) gelitten haben, welches Uebel jedoch nach dem Gebrauch der Gasteiner Bäder dauernd zum Schwinden gekommen sein soll.

Ich habe diese Momente absichtlich hervorgehoben, weil sie in der Beurtheilung der vorausgegangenen Zufälle mit der jede Syphilis negirenden Aussage nicht zu harmoniren schienen und ich wohl geneigt war, die Narbe an der unteren Extremität, die gleichzeitig vorhandenen rheumatischen Zustände (Dolores osteocopi) und das Schuppenexanthem der Palmar- und Plantarflächen mit dem Zungenübel in causalen Nexus zu bringen und Alles auf ein constitutionelles Grundleiden zurückzuführen. — Dieser Annahme zufolge liess ich durch vier Wochen eine Inunctionskur, 3,0 p. die, durchmachen, und darauf zwei Monate lang Jodkali 1,0 p. die, gebrauchen, ohne aber irgend einen Einfluss auf das bestehende Zungenübel wahrnehmen zu können. — Pat. hatte einige Zeit darauf (Frühjahr 1873) in Wien, wohin ihn Familienangelegenheiten führten, die Meinung hervorragender Aerzte einzuholen Gelegenheit gehabt und die zur Consultation berufenen Professoren Billroth, Hebra und Zeissl, welche den Kranken zu gleicher Zeit sahen, einigten sich übereinstimmend dahin, dass in vorliegendem Falle eine locale Behandlung allein kaum zweckdienlich

wäre, dass aber Pat. nochmals eine energische Schmierkur durch zwei Monate, mit gleichzeitigem Gebrauche des Zittmann'schen Decoctes unternehmen möge.

Der Kranke, der den gegebenen Anordnungen sich gewissenhaft gefügt und nach einer der Kur gewidmeten Zeit abermals durch längere Zeit Jodkali gebraucht hatte, sah sich schliesslich durch den Misserfolg der bisher in Gebrauch gezogenen Therapie veranlasst, jede weitere Medication zu beseitigen. Auch ich kam schliesslich zur Ueberzeugung, dass vorliegendes Zungenübel in ursprünglicher Entwicklung vielleicht auf syphilitischer Basis beruhen dürfte, (Patient war stets ein schwacher Raucher) dass jedoch die bisher vorgeschrittene Affection mit einem constitutionellen Zustande durchaus nichts mehr gemein haben könne. Die Schleimhauterkrankung hatte sich nämlich unter der angegebenen Therapie nicht nur nicht rückgebildet, sondern in geringem Grade an den Grenzlinien ein wenig ausgebreitet, namentlich die isolären Knötchen waren durch Zunahme der einzelnen Papillen zu einem einzigen grösseren Knoten zusammengeflossen. — Pat. hat seit dem Ende des Jahres 1873 sich keinerlei Behandlung mehr unterzogen, und das seit drei Jahren stationär gebliebene Leiden zeigt nun nachfolgendes Aussehen, wie es die im Januar 1877 nach der Natur aufgenommene Zeichnung veranschaulicht. — Die Erkrankung der Zunge erstreckt sich auf eine 4—5 Ctm. ausgebreitete Fläche, deren Epithel nicht mehr das frühere milchweisse Aussehen darbietet, sondern von weisslich grauer Färbung, bei Betastung ein derbes und ziemlich consistentes Lager darstellt, aus dessen Mitte sich zwei einander berührende, derbe und nur durch eine Querfurche von einander getrennte, über bohnengrosse Knoten erheben. Die letzteren sind scheinbar von einer festeren Epithelschichte bedeckt, doch bei einer grösseren Spannung der Schleimhaut durch Hervorstrecken der Zunge erscheinen stellenweise an der Oberfläche der Knoten kolbig verdickte und verlängerte Zungenpapillen, die demnach den papillären Bau des Gebildes ganz deutlich erkennen lassen. (Papilloma). Das aus den idiopathischen Plaques entstandene Neugebilde von papillärem Bau, hat demnach im Vergleich zu der vor einigen Jahren bestandenen Epithelwucherung eine ziemliche Vergrösserung und eine entsprechende Umwandlung erfahren, und die vorerst bestandenen Plaques sind auf Kosten des Neugebildes weniger extensiv als früher.

An der Zungenspitze bemerkt man ferner zwei ziemlich scharf begrenzte seichte Geschwüre, die Raphe linguae stark ausgeprägt und die von derselben linkerseits befindliche Zungenschleimhaut mit schmutzig weissem, von der Unterlage nicht zu entfernenden Belag bedeckt. — Die Beweglichkeit der Zunge ist trotz der Zunahme der Erkrankung nicht beeinträchtigt und die nun bestehende Epithelverdickung an der kranken Oberfläche hat die frühere Schmerzempfindung beim Essen und Trinken sogar vermindert, nur zeitweilig, u. z. in mehrwöchentlichen Zwischenräumen treten, ganz unabhängig von der Nahrungszunahme oder anderen Momenten, lancinirende Schmerzen auf, die sich bis in das rechte Ohr erstrecken und oft viele Stunden lang anhalten. Wegen des letzteren Umstandes habe ich dem Kranken schon vor etwa zwei Jahren die operative Entfernung des Neugebildes vorgeschlagen, doch scheut Pat. jeden operativen Eingriff, und will das nun schon seit acht Jahren bestehende Leiden lieber „ins Grab mitnehmen," als sich einer Operation unterziehen. Im Uebrigen befindet sich Patient, den ich als Klient oft zu sehen Gelegenheit habe, jetzt ganz gesund und gebraucht, ausser fleissiger Mundpflege mit Chlorkali und schwachen Carbollösungen, keine anderweitige Medication.

IV. Leucoplakia lingualis diffusa; Psoriasis cutanea.

B. L., ein 45 J. alter Beamter, hatte mich im Jahre 1872 auf Empfehlung des H. Dr. Faludy wegen eines Zungenübels consultirt. Die Besichtigung der Zunge ergab eine graulich weisse Verfärbung der Oberfläche, in deren Mitte eine mässig hervorragende, bohnengrosse, feste und dem gewöhnlichen Bockleder an Consistenz gleichende Epithelschwarte eingelagert war. Die weisslich graue, die Oberfläche der Zunge umwandelnde Auflagerung war eine intensive und erstreckte sich von der Spitze derselben bis nahe an die Grenze der Pap. circumvallatae, so dass man nur dort die normalgefärbte Schleimhaut des Zungengrundes wahrnehmen konnte. Die Ränder der Zunge waren beiderseits von einer gleichmässigen ziemlich scharfen Linie begrenzt, welche die obere erkrankte Schleimhautfläche von der unteren rothen und gesunden schied. — Der in der Mitte der Zunge vorfindliche Knoten war gleich der selben umgebenden ausgebreiteten Epithelschichte trocken, rauh

und bei der Digitaluntersuchung ziemlich hart anzufühlen; die matte und nicht glänzende Oberfläche machte den Eindruck als ob selbe von einem dicken panzerartigen Gebilde bedeckt wäre, das von zahlreichen zarten Linien durchzogen, die einzelnen Schichten in kleine Felder getheilt erscheinen liess. — Die Musculatur der Zunge war nicht frei, wahrscheinlich durch die dicke Epithelschicht in ihren Bewegungen erschwert, denn wenn auch die Bewegungen des Organes beim Hervorstrecken desselben nicht behindert waren, so konnte Pat. dennoch die Zungenspitze nicht ohne Schwierigkeit nach oben, dem harten Gaumen zu, heben, während selbe beim Abwärtsstrecken gegen das Kinn zu, weniger schmerzhaft erschien.

Die Papillae fungiformes erheben sich stellenweise gleich graulichweissen etwa über stecknadelkopfgrossen Punkten, die hinter den Pap. circumvall. sichtbare Zungenpartie ist nicht verändert. — Pat. ist ein starker Raucher, hat beim Essen und Trinken keine nennenswerthen Beschwerden, ist aber im Uebrigen gesund, wohlgenährt und kräftigen Körperbaues. Mit Zustimmung des Kranken konnte ich aus dem Mittelknoten der Zungenoberfläche mit der krummen Scheere ein kleines Stück ausschneiden, das ich frisch als Zupfpräparat unter dem Mikroskop untersuchte. Das ausgeschnittene Object lieferte jedoch für die Wesenheit der Erkrankung keinerlei nennenswerthen Anhaltspunkt, indem ich blos einzelne Papillae filiformes, die durch zahlreiche Bindegewebsfilamente durchsetzt und verbreitert erschienen, von dichten Granulationszellen umgeben fand, das Object war jedoch zu klein zu weiterer Ausbeute, um so mehr da es nicht gelang auch vom Corium einen entsprechenden Theil mit in den Bereich der Untersuchung erhalten zu können.

Pat. bot aber ausser dem Zungenleiden noch gleichzeitig einen anderen interessanten Befund dar, indem an der allgemeinen Decke, u. z. in der Gegend des Kreuzbeins eine ausgebreitete psoriatische Erkrankung bestand, die ein etwas mehr als zwei Handflächen einnehmendes Terrain occupirte, das von reichen Schuppenauflagerungen bedeckt war; einzelne psoriatische Plaques waren noch ausserdem an der Streckseite beider Ellbogengelenke vorhanden, der übrige Theil der Hautdecke jedoch vollkommen gesunden Verhaltens. — Die Psoriasis der Haut bestand nach Angabe des Pat. seit circa 12 Jahren und selbe hatte sich mitunter theils spontan, theils in Folge entsprechender Behandlung mehrmals vollkommen involvirt. Das Zungenübel war kürzeren Datums, bestand aber auch

schon seit etwa acht Jahren und hatte sich von dem central gelegenen Knoten der Zungenoberfläche aus entwickelnd in langsamer Zunahme über das ganze Organ ausgebreitet, war in keiner Periode seines Bestandes und an keiner einzigen Stelle bisher zur Involution gelangt und hatte die jetzt sichtbare Ausdehnung schon vor vier Jahren erreicht. — Pat. war nie syphilitisch, hatte aber trotzdem in Wien und Pest auf Anrathen mehrerer angesehener Fachmänner wegen seines Zungenleidens sich einer antisyphilitischen Kur unterzogen, die sich jedoch als vollkommen nutzlos erwies.

Nach diesen mir gewordenen Angaben von Seite des Kranken und in Folge der Annahme, dass man es hier mit einem idiopathischen Uebel zu thun habe, beschränkte ich mich nur auf eine locale Behandlung in Form von alkalischen Mundwässern und zeitweiligen Lapistouchirungen der erkrankten Zungenoberfläche, welch' letzterer Vorgang insofern von wohlthätiger Einwirkung war, als dadurch die leichten Schrunden, die durch die angedeuteten Linien vorgezeichnet erschienen, zur zeitweiligen Ueberhäutung gelangten und die mitunter beim Genuss mancher Nahrungsmittel auftretenden Schmerzen beschwichtigt wurden. — Pat. stand etwa ein halbes Jahr lang unter der angegebenen Behandlung, mit wenig gebessertem Zustande und ehe man zu einer anderen Behandlungsart greifen konnte, erlag er einem rasch tödtenden Anfalle von Apoplexie.

V. Leucoplakia lingualis diffusa, buccalis sparsa.

(Tafel VII.)

F. E., ein vollkommen gesunder 42 Jahre alter Rentier, der nie ernstlich krank gewesen, kam im December 1872 zur Behandlung. Patient hatte wegen eines seit drei Jahren bestehenden Zungenleidens, das vielseitiger Beurtheilung nach für Syphilis gehalten wurde, schon mehrfach einer diesbezüglichen Behandlung sich unterziehen müssen, trotz der Aussage desselben, dass er nie einer primären oder secundären Affection unterworfen gewesen war. Die bisherige Therapie, die nebst Inuctionskuren, auch in einer Jodkali-Behandlung und dem zweimaligen Gebrauch der Haller Bäder bestand, konnte nach Mittheilung des Kranken, bisher nicht den geringsten Erfolg aufweisen, und die Zungenerkrankung blieb nicht nur hartnäckig nach wie vor, sondern war auch in geringem Masse ausgebreiteter als zu Beginn der dagegen unternommenen Behandlung. — Die zur Zeit der ersten

Besichtigung vorhandene Veränderung der Zungenschleimhaut zeigte nachfolgenden Befund: An der Oberfläche der Zunge sowie an den Seitenrändern derselben mehrere hanfkorn—linsengrosse Flecken, von denen einzelne mattweiss, den Plaques opalinesartigen Veränderungen glichen, ausserdem einige dunkelrothe Excoriationen sichtbar, die von der gesunden Zungenschleimhaut in scharfen Contouren sich abhoben. Während die letzteren eine glattere Oberfläche darboten, waren die weissen Plaques rauher und derber anzufühlen als die gesunde Schleimhaut ohne jedoch die im vorhergehenden (IV) Falle angeführte Consistenz zu erreichen. — Die Papillae fungiformes an den Plaques stellenweise etwas hervorragend, an der normalen Schleimhaut, jedoch von gewöhnlichem Aussehen. Die excoriirten Stellen bei Berührung sowie bei Genuss warmer oder etwas gewürzter Speisen schmerzhaft.

Die Schleimhaut der Mundhöhle, u. z. die Innenfläche beider Wangen zeigt einzelne, unregelmässige, mehrere Linien breite, längliche und flache Verfärbungen, die sich entsprechend der Zahnreihe vom Mundwinkel aus nach innen zur Rachenhöhle erstrecken, doch ohne irgendwelche subjective Störungen zu verursachen.

Die Untersuchung lehrte, dass Pat. an den excoriirten Stellen die grösste Empfindlichkeit aufweist, während die weissen Plaques durchaus indifferent erscheinen. Die dunkelrothe Injection der hinteren Rachenpartien lässt vermuthen, dass Pat. die Schleimhaut der Mundhöhle bedeutenden Reizen aussetzt, und derselbe gibt auf Befragen selbst an, dass er ein leidenschaftlicher Raucher, gewohnt 12—15 Cigarren starker Sorte innerhalb 12 Stunden zu rauchen. Trotzdem der Tabakrauch die Schmerzen in der Zunge zu steigern pflegt, lässt Pat. nur dann von dieser Gewohnheit ab, wenn sich die dadurch verursachte Schmerzempfindlichkeit ganz besonders einstellt. Der Umstand, dass Pat. einmal wegen einer fieberhaften Affection durch 14 Tage das Cigarrenrauchen sistiren musste, unter welcher Zeit die rothen Flecken auf der Zunge weniger schmerzhaft wurden, liessen den Kranken auch zur Einsicht kommen, dass das Rauchen jedenfalls von Einfluss auf sein Leiden sein dürfte. Inwiefern selbes jedoch als ursächliches Moment der angeführten Erkrankung anzusehen wäre, darüber wusste der Kranke wohl selbst keinen Bescheid. Mir blieb aber nach genauer Untersuchung des Körpers, nach eingehender Er-

wägung aller Momente die zur Veranlassung des Uebels gedient haben konnten, keine andere Annahme übrig, als die Zungenerkrankung von dem starken Rauchen abzuleiten, und die von früheren Aerzten sich als nutzlos erwiesenen specifischen Behandlungsweisen dienten nur zur Bestärkung dieser Auffassung. — Die vorgeschlagene Therapie bestand darin eine Vermeidung der schädlichen ätiologischen Momente anzurathen und den anhaltenden Gebrauch von Mundwässern (Chlorkali) dringend zu empfehlen. — Pat. der in hiesiger Stadt lebt und sich im Verlaufe der nachfolgenden Jahre öfter bei mir vorstellte, bot mir dergestalt Gelegenheit den Verlauf des Uebels zu beobachten, wobei ich die Wahrnehmung machte, dass die neben den weissen Plaques vorhandenen rothen Flecke sich allmälig zur selben Modification der Erkrankung umgestalteten und mit der Zeit selbst zu mattweissen Plaques umbildeten.

Im Monate December 1876 hatte die Erkrankung ein Aussehen erlangt, wie es Tafel 2 veranschaulicht. Die früher vereinzelten rothen Flecke und weissen Plaques sind vollkommen geschwunden und an deren Stelle zeigte sich eine silberweisse, glänzende, gleichmässige Schichte, welche die ganze Oberfläche der Zunge einnimmt. Letztere ist von zahlreichen, deutlich sichtbaren Linien durchzogen, welche das verdickte Epithel gleichsam in einzelne Felder abtheilt, und die ganze erkrankte Fläche gleicht dem bei der Ichthyosis der Haut bekannten Schuppenbilde, mit dem Unterschiede jedoch, dass sich die einzelnen Schuppenfelder nicht aufeinander lagern, sondern zu einer gleichmässig dicken Decke vereinigen. Eine eigentliche, sichtbare Abschuppung tritt jedoch hier ebenso wenig wie an anderen durch Leucoplakia veranlassten Zungenerkrankungen zu Tage. Die Seitenränder der Zunge zeigen stellenweise rothe Schleimhautpartien, die untere Schleimhautfläche der Zunge nicht verändert. Die Zungenpapillen sind nirgends deutlich zu sehen und wahrscheinlich durch den Process zu Grunde gegangen. — Die Wangenschleimhaut nur in dem Masse verändert wie vor einigen Jahren. — Pat. im Uebrigen wohl, Schmerzen bestehen seit der Zeit der totalen Schleimhautumwandlung nicht mehr, und Patient isst, trinkt und raucht nun wie ein sonst gesundes Individuum.

VI. Leucoplakia lingualis et buccalis sparsa; Catarrh. ventriculi chronicus.

K. L. 45 Jahre alt, schwächlicher Constitution, anämisch und häufigen Magenkatarrhen unterworfen, klagt, dass auf der Schleimhaut der Wangen und der Zunge häufig „weisse Geschwüre“ auftreten, die beim Essen oft unangenehm, beim Rauchen aber schmerzhaft sind. Pat. raucht seit einigen Jahren wenig, was aber in früheren Jahren nicht der Fall war und ein anhaltendes Magenleiden hatte den anhaltenden Tabakgenuss aufzulassen genöthigt. Letzterer Zustand zeigt nach der Wahrnehmung des Kranken insoferne einen Causalnexus beider Erkrankungen, als mit der Verschlimmerung des Magenübels auch die Schleimhautaffection der Mundhöhle sich zu verschlimmern scheine, während ein gleiches Verhalten auch in entgegengesetzter Richtung sich kundgibt. — Die Erkrankung der Mundhöhlenschleimhaut besteht darin, dass an der Zungenoberfläche 6—8 bläulich weisse, rundliche Flecke, die sich an dem vorderen Drittheil nahezu berühren, bestehen, dass an den Wangenpartien beiderseits unregelmässige, vom Mundwinkel ausgehende, 1—$1^1/_2$ Ctm. breite und ebenso lange gleichfarbige Veränderungen sich zeigen. Die Schleimhaut ist nirgends verdickt, erscheint im Gegentheil etwas verdünnt, indem die Flecke ganz glatt, und auf Druck ziemlich empfindlich erscheinen. Pat. seit 12 Jahren verheirathet, war nie syphilitisch und bis auf sein Magenleiden nie ernstlich krank. — Das hier kurz erwähnte Uebel, mit welchem Pat. sich Anfangs des Jahres 1873 bei mir vorstellte, bestand schon seit circa einem Jahre.

In Rücksicht auf den Magenkatarrh liess ich den Kranken zu Hause eine Karlsbader Trinkkur, und da selbe nicht so gut vertragen wurde, eine Zeitlang Rakoczy (Kissingen) trinken. Pat. war den darauffolgenden Sommer in Kissingen und im Jahr 1876 in Szliács, wo seine anämische Constitution und sein Magenleiden sich auffallend gebessert hatten. — Während ich dieses schreibe (April 1877), befindet sich Patient seit fast $1^1/_2$ Jahren mit seinem Magen recht gut, und während die Schleimhautplaques an der Zunge vollkommen geschwunden sind, ist dieselbe Erkrankung an den inneren Wangenflächen wenig verändert, ja selbe hat sogar an der Innenfläche der Unterlippe sich ein wenig ausgebreitet. Schmerzen bestehen durchaus nicht, und der Genuss von stärkeren Cigarren verursacht gar keine anomale Empfindung.

VII. Leucoplakia linguae et buccae circumscripta, Psoriasis cutanea.

A. K., ein 24 Jahre alter Jurist, leidet seit einiger Zeit an einer Schleimhauterkrankung der Mundhöhle. An der Zungenoberfläche, u. z. an deren vorderer Hälfte zeigen sich mehrere unregelmässig weisse Flecke, ziemlich derber Beschaffenheit, die selbst das Bindegewebe und die unterliegende Musculatur etwas infiltrirt erscheinen lassen. Die Papillae fungiformes geröthet und etwas geschwellt ragen stellenweise auffallend aus der Zungenoberfläche hervor; die Wangenschleimhaut rechterseits von mattweissen, mässig verdickten, epithelialen Plaques bedeckt, die eine 3—4 Ctm. breite und fast 4 Ctm. lange silberweisse derbe Auflagerung darstellen, welche die Configuration eines Dreiecks einnimmt, dessen stumpfe Spitze gegen die Rachenhöhle gerichtet ist, während die breitere Basis in querer Richtung über den inneren Mundwinkel hinzieht. Der mittlere Theil dieser Auflagerung ist glänzend weiss, während die Randpartien matter und gegen die gesunde Schleimhaut hin, wie verwaschen erscheinen. Pat. hatte ausser der Mundhöhlenaffection eine idiopathische Psoriasis der Haut aufzuweisen, welche am Stamme, den Knien und Ellbogen in Form zerstreuter Efflorescenzen, sowie confluirender Plaques sich vorfand. Während letztere Erkrankung nach Mittheilung des Patienten sich seit 5—6 Monaten entwickelt hatte, bestand das Schleimhautleiden schon seit zwei Jahren ohne ursprünglich von dem Kranken besonders beachtet worden zu sein. Das zufällige Zusammentreffen beider Erkrankungsformen zeigte in diesem Falle ein anderes Verhalten als in dem sub IV angeführten, indem dort die Psoriasis cutanea eine ältere, die Leucoplakia eine Erkrankung jüngeren Datums war, in beiden Fällen jedoch die jeweiligen Haut- und Schleimhautveränderungen sich unabhängig entwickelt hatten.

Ich hatte in diesem wie im früher geschilderten Falle durchaus keinen Anhaltspunkt wahrnehmen können, irgendwelche Gegenseitigkeitsbeziehungen zwischen der Psoriasis und der Leucoplakia aufzufinden und demgemäss hier wie dort eine örtliche Therapie für jede Erkrankung im Besondern, angerathen. Pat., der im Monate Juli 1873 zur Behandlung kam, hatte nach Verlauf von drei Monaten seine Psoriasis verloren, die Leucoplakia hatte jedoch keine Besserung erfahren. Die Aetiologie des Uebels konnte in diesem Falle weder auf Tabakgenuss noch auf ein etwa bestandenes syphilitisches Allgemein-

leiden zurückgeführt werden — beiderlei Krankheitsmomente fehlten absolut. — Die Fruchtlosigkeit der bekannteren Medicationen veranlassten mich mit Jodtinktur die Plaques einstreichen zu lassen, doch hatte die relative Schmerzhaftigkeit nur einen beschränkten Gebrauch derselben ermöglicht. — Gegen Ende des Jahres 1874 sah ich den Pat. abermals, doch während die Hautpsoriasis nur in geringem Grade einige Nachschübe aufwies, hatte die Leucoplakia sich ziemlich unverändert erhalten.

VIII. Leucoplakia lingualis, Carcinoma epitheliale.

O. Ph., ein 52 Jahre alter Kaufmann, an mässigen Genuss von Cigarretten gewöhnt, trat Ende August 1873 wegen eines Zungenleidens in meine Behandlung. Die Zunge zeigte an ihrem linken Rande 3—4 umschriebene dunkelrothe, (der Farbe coagulirten Blutes gleichende) des Epithels beraubte, hanfkorngrosse Flecke, an der Oberfläche der Zunge mehrere mattweisse, wenig glänzende, glatte, durch verdichtetes Epithel veranlasste, theils rundliche, theils unregelmässige Verfärbungen. — Die übrige Partie der Zunge gesunden Verhaltens, die einzelnen Papillen ragen gleich einzelnen rothen Punkten, ohne nennenswerth verdickt zu sein, aus der Umgebung der Plaques hervor. Die Schleimhaut der Mundhöhle gesund.

Die Zungenerkrankung bietet viel Aehnlichkeit mit solchen Veränderungen, die man bei Schleimhautsyphilis häufig sieht, nur mit dem Unterschiede, dass in letzteren Formen die Plaques weniger intensiv weiss sind, sondern eher eine in's Bläuliche spielende Nuance zeigen und dass die rothen Flecke auch mehr rosafarben als tief dunkelroth erscheinen, wie dies in diesem Falle wahrzunehmen war. Doch abgesehen von diesen nur in zweiter Linie ins Auge fallenden Unterschieden, sprach auch die eingehend durchforschte Anamnese gegen die Annahme einer syphilitischen Erkrankung; indem Patient in einer 25jährigen Ehe stets gesund war und als Garçon nur ein- oder zweimal an einer vorübergehenden Blennorrhöe gelitten hatte. Eine genaue Untersuchung des Körpers, zumal des gesammten Drüsensystems schienen gleichfalls die Angaben des Pat. zu bestätigen.

Das Zungenübel bestand schon seit etwa einem Jahre und der Ordinarius des Kranken hatte durch Mundwasser, Jodkaligebrauch u. s. w. gegen dieses Leiden angekämpft, offenbar ganz fruchtlos,

indem das Uebel, wie Pat. meinte, trotz aller Behandlung, an Ausdehnung gewann. Ich sprach mich dem Kranken gegenüber, gestützt auf meine bisherigen Erfahrungen, gegen eine antisyphilitische Kur aus und wollte nur von einer örtlichen Behandlung Erfolg erwarten, doch liess sich Patient durch den Rath massgebender Fachmänner bestimmen, eine eingreifende Kur vorzunehmen. Letztere Mittheilung erfuhr ich von dem Kranken selbst, der in Wien einige Zeit hindurch eine Schmierkur mit gleichzeitigem Gebrauch von Zittmann'schem Decoct durchmachte. Der erwartete Erfolg blieb jedoch aus und Pat., der mich im Laufe des December 1873 abermals aufsuchte, hatte eine Zunahme des Uebels aufzuweisen, indem ausser den vorhandenen Plaques die früher rothen Flecke gleichfalls zu weissen Epithelbildungen umgewandelt waren, von denen zwei an dem Zungenrande als stark infiltrirte Knoten erschienen, die nicht nur beim Sprechen und Essen schmerzhaft waren, sondern auch in ihrem Centrum seichte, wenn auch nur kleine Geschwüre darboten. Pat. klagt über häufige zur Nachtzeit auftretende Schmerzen, die den Schlaf stören und die Beweglichkeit der Zunge auch sonst beeinträchtigen.

Der diesergestalt veränderte Zustand erschien jedenfalls als ein bedenklicher, da jedoch weder auf dem Boden der Mundhöhle eine verdächtige Infiltration, noch irgend welche Verdickung der Drüsen sowohl hier wie in der Nackengegend sich zeigte, so war die Hoffnung auf eine Heilung des Uebels durch Exstirpation der Knoten eine wohl berechtigte. Ich rieth dem Pat. demnach die Entfernung der entarteten Zungenpartie an, da derselbe aber vor dem Messer eine auffallende Scheu verrieth, so unternahm ich die Ausschälung der Knoten mit dem Bruns'schen Löffel. — Im Monate Jänner 1874 hatte ich in zwei Sitzungen die kranken Gebilde vollkommen entfernt, indem ich alle infiltrirten Partien, bis ins gesunde Gewebe hinein ausgekratzt hatte. Die Heilung des beiderseitigen breiten Geschwürsgrundes hatte sich in ziemlich kurzer Zeit angeschickt, die Schmerzhaftigkeit war ganz geschwunden und das subjective Befinden des Kranken hielt mit dem besseren Aussehen der Geschwürsflächen gleichen Schritt; Essen und Sprechen gingen allmälig ohne Anstand von Statten und man konnte sich der Hoffnung hingeben, dass das Uebel zu dauernder Heilung gelangen dürfte. — Der gebesserte Zustand hielt jedoch nicht lange an und ehe eine vollständige Vernarbung eingetreten war, hatten sich zu Beginn des Monates Mai neuer-

dings Schmerzhaftigkeit und Verhärtung an den grossentheils vernarbten Stellen eingestellt. Mit dieser Verschlimmerung trat gleichzeitig eine Infiltration des linksseitigen Bodens der Mundhöhle ein, Sprechen und Essen waren wieder erschwert, die seit drei Monaten vollkommen verschwundenen Schmerzen zur Nachtzeit traten mit grosser Vehemenz auf und kamen zeitweilig auch bei Tage. Bei derartig verändeter Sachlage, war die Exstirpation der kranken Zungenpartie unaufschiebbar geboten, und Prof. Kovács, der zur Vornahme derselben zugezogen war, entschied sich auch zu deren unmittelbarer Ausführung. — Pat. wünschte nun schliesslich noch den Ausspruch eines anderen hervorragenden Chirurgen zu vernehmen, reiste deshalb nach Wien, wo er alsbald von Prof. Billroth vermittelst vorgängiger Ligatur der Arter. lingualis im Monate Juni operirt wurde.

Nach vollzogener Operation, einer günstigen und ziemlich rasch abgelaufenen Nachbehandlung, stellte sich Pat. gegen Ende Juni mir wieder vor. Derselbe war im Ganzen recht wohl, das Sprechen durch den fehlenden Zungentheil etwas schwierig, doch die Aufnahme der Nahrung ganz anstandslos und die Schmerzen vollkommen geschwunden. Die Zunge selbst bot ein sehr gutes Aussehen, und die Stelle der früheren Knoten und Plaquebildung durch eine schöne glatte Narbe gekennzeichnet. — Doch hatte der günstige Zustand und die so erfreulich sich kundgebende Besserung nicht lange Stand gehalten.

Der im Vorhergehenden ausführlicher erzählte Krankheitsfall findet sich auch in Kürze unter Billroth's Fällen (Nédopil) unter Nr. 5 angeführt. Die weiteren kurzen Angaben können demnach auch für jene Darstellung als ein ergänzender Schlusstheil gelten, indem Pat. nach kaum dreimonatlicher Pause abermals eine Verschlimmerung des Uebels verspürte. Die Zunge blieb wohl anhaltend gesund, doch hatte zu Beginn des Monats September eine Anschwellung der linksseitigen Nackendrüsen sich eingestellt, die in rascher Zunahme zu einer bedeutenden Geschwulst sich entwickelte, welche alsbald aufbrach, und die Erscheinung eines Drüsencarcinoms darbot. Die Anschwellung wurde bald so hochgradig, dass eine Compression des Oesophagus erfolgte, und Pat. unter qualvollen Leiden gegen Mitte December 1874 an totaler Erschöpfung zu Grunde ging.

IX. Leucoplakia linguae, Ulcus carcinomatosum.

K. Gy., ein 56 Jahre alter Landwirth aus dem Banate, kam im Monate Februar 1874 wegen eines Zungenübels nach Pest. An der Oberfläche der Zunge in einer Entfernung von 1 Ctm. von der Zungenspitze einige rundliche, weissliche, verdickte Epithellagen, die von der Umgebung sich ziemlich deutlich emporhoben; die übrige Zungenpartie von einem dunkelbräunlichen Belag überzogen, welcher jedoch nicht hinderte, dass man die an der Zungenoberfläche hinziehenden Längs- und Querlinien wahrnehmen konnte, die bei stärkerer Spannung der Zunge kleine Furchen bildeten, deren Ränder die rothe Schleimhaut deutlich erkennen liessen. Die Zungenpapillen treten an den linken Randpartien besonders deutlich hervor, während der rechte Zungenrand im Ganzen etwas verdickt und schmerzhaft war, und an seinem rückwärtigen Theile ein bohnengrosses mit eitrigem Belag bedecktes, und harten Rändern versehenes Geschwür darbot. Die Infiltration liess sich von dem Geschwürsrande aus, bis nahe zur Raphe der Zunge verfolgen, die Schleimhaut der Mundhöhle sowie die Unterkieferdrüsen etwas geschwellt, doch die Nackendrüsen unverändert. — Das Geschwür soll nach der Angabe des Kranken seit etwa zwei Monaten bestehen und sich aus weissen Flecken entwickelt haben, wie deren welche noch an der Zungenoberfläche bestehen. — Patient leitete das Geschwür von der Nachbarschaft der schadhaften Backenzähne ab, die er auch schon vor einiger Zeit entfernen liess, ohne dass jedoch das stark eiternde und fauligen Geruch verbreitende Geschwür zur Heilung kommen wollte.

Der Kranke war nie syphilitischer noch anderer constitutioneller Erkrankung unterworfen gewesen. Auf Befragen gab er an, dass er nicht nur ein starker Raucher sei, sondern auch Rauchtabak zu kauen gewohnt war, eine bei dem Landvolk in Ungarn mitunter zu findende Gewohnheit, welch' letzteres er seit dem Aufbruch des Zungenknotens jedoch aufzulassen genöthigt war. — Die Epithelialwucherungen sollen vor acht Jahren ihren Anfang genommen, und sich nur allmälig stärker entwickelt haben. An der unteren Zungenfläche einige seichte Excoriationen.

Bei dem ausgesprochen bösen Charakter der Neubildung liess sich nur von einem operativen Eingriffe Hilfe erwarten. Pat. wünschte noch einmal seine häuslichen Angelegenheiten vor Inangriffnahme der

Exstirpation des kranken Zungentheiles zu ordnen, blieb aber statt der vermeintlichen wenigen Tage, einige Wochen aus, während derer er in seiner Heimat quacksalberischer Behandlung sich unterworfen hatte, die eine auffallende Zunahme des Uebels nach sich zog. — Pat. zeigte nach der neuerlichen Besichtigung eine ausgedehntere, durch die ganze Substanz der Zunge sich erstreckende Verschwärung mit buchtigen, zerklüfteten und stark infiltrirten Rändern, hiezu kamen anhaltende Schmerzen, Schwellung der Kieferdrüsen, so dass der Kranke ein ziemlich herabgekommenes Aussehen darbot. Der klägliche Zustand liess den Erfolg einer Operation heute noch zweifelhafter erscheinen als früher und Pat. schien instinctiv ein Gleiches zu ahnen, nachdem er, da ich ihn an Prof. Kovács sandte, diesen Rath, wie ich erfuhr nicht befolgte, und ich über den schliesslichen Ausgang des Zustandes keine weitere Nachricht erhielt.

X. Leucoplakia lingualis et labialis, Catarrh. ventric.

D. M., ein 28 Jahre alter Grundbesitzer, den ich seit 12 Jahren kenne, leidet seit etwa drei Jahren an häufigen Zufällen eines acuten Magenkatarrhs, der durch zeitweilig auftretendes Erbrechen sich zu verschlimmern pflegt, sobald Patient aber eine strenge Diät hält und leichte Adstringentien nimmt, lässt sein Uebelbefinden für einige Zeit wieder nach. — Vor etwa zwei Jahren (März 1875) entstanden ohne irgend welches direct veranlassendes Moment an der Zungenoberfläche einzelne weissliche, glatte, neben einigen umschriebenen, röthlichen Flecken, die einen geringen Schmerz beim Essen und Rauchen verursachten. — An der Oberlippe bildeten sich zu gleicher Zeit ebenfalls einzelne weissliche Verfärbungen, ohne Infiltration des unterhalb liegenden oder umgebenden Gewebes, das Colorit der kranken Flächen ist bläulich weiss und erscheint den bekannten mit Lapis bestrichenen Schleimhautflächen ähnlich; die letzteren sind bei Druck etwas empfindlich und schmerzhaft, und bei Spannung der Haut sieht man seichte Sprünge innerhalb der weissen Flecken, welche die rothe Schleimhaut in Form zarter Linien durchscheinen lassen. Die Epithelialveränderung ist demnach eine ganz leichte und nicht tiefgreifende. An dem inneren Rande der zum Zahnfleisch sich umbiegenden Schleimhautpartie einzelne des Epithels beraubte Stellen, in Form seichter Excoriationen. — Diese hier erwähnte Veränderung hatte sich langsam, so zu sagen unter meinen Augen, gebildet und man konnte den Zeit-

raum dieser pathologischen Umwandlung innerhalb 3—4 Monate sich entwickeln sehen.

Patient war nie syphilitisch und ausser seinem Magenleiden nie ernstlich krank gewesen. Man konnte für das Entstehen dieser Plaquebildung vielleicht den Magenkatarrh als causales Moment betrachten, da letzterer Zustand mit der Schleimhauterkrankung fast zu gleicher Zeit zu Stande gekommen war, doch hatte die Plaquebildung selbst bei günstigerem Verhalten des Magens sich unverändert erhalten. Pat. ist wegen der Schleimhauterkrankung unter zeitweiliger Behandlung, und ich hatte in den letzten Monaten, während ich mich mit der literarischen Darstellung dieses Gegenstandes beschäftigte, die Wahrnehmung gemacht, dass die Plaques der Zunge theils durch eine strenge Behandlung des Magenübels, theils durch den Gebrauch örtlicher Mittel nahezu geschwunden sind, während die Lippenerkrankung jeder Medication trotzend, sich sogar ein wenig ausgebreitet, und die Oberlippe nahezu in ganzer Ausdehnung verändert hat. — Pat. ist Raucher und an den mässigen Genuss von Cigarretten gewöhnt, deren selbst stärkerer Gebrauch durchaus keine Schmerzen verursacht, während beim Essen warmer Speisen zeitweilig geringe Schmerzempfindungen hervorgerufen werden.

XI. Leucoplakia lingualis.

H. S. 45 Jahre alt, Juwelier, im Ganzen gesund, und nur zeitweilig auftretenden Migräneanfällen unterworfen, stellte sich mir im Monate April 1875 wegen eines Zungenübels vor. In der Mitte der Zungenoberfläche, an der Spitze und dem linken Rande der Zunge mehrere grauweisse glatte Flecke, inmitten der bläulichrothen, von einem leichten Belag bedeckten Zungenschleimhaut. Die Papillae filiformes erscheinen als dunkelgeröthete Punkte inmitten der weisslichen Plaques, die weniger als Epithelverdickungen denn als Verfärbungen sich kundgaben. Die übrige Mundhöhlenschleimhaut normalen Verhaltens. Die krankhaften Veränderungen erzeugen nur zeitweilige Schmerzen beim Essen scharfgewürzter oder warmer Speisen. Das Bild, das Pat. darbietet, erinnert, wie so häufig die idiopathischen Plaques überhaupt, an analoge Formen syphilitischen Ursprunges, und der behandelnde Arzt hat schon öfter eine antisyphilitische Kur vorgeschlagen, wenngleich weder die Anamnese noch das übrige Verhalten des Kranken einen directen Anhaltspunkt für diese Annahme

zu bieten vermochte. Patient hatte sich aber zu einer Schmierkur aus Scheu vor einer Quecksilberbehandlung bishin nicht entschliessen können.

Meine Meinung ging nun, nachdem ich Pat. genau untersucht hatte dahin, dass das Uebel trotz der grossen äusseren Aehnlichkeit dennoch mit Syphilis nichts gemein habe, und dass die seit vielen Jahren geübte Gewohnheit des anhaltenden Rauchens wohl eher ein veranlassendes Moment zur Entstehung der Plaquebildung abgeben dürfte. — Oertliche Behandlung durch alkalische Mundwässer und zeitweilige Lapistouchirungen, sowie Aussetzen des starken Rauchens hatten auch einen recht befriedigenden Erfolg, und ich habe im Laufe des letzten Jahres öfter ein totales Schwinden der Plaques gesehen. Doch genügte schon eine geringe Veranlassung (häufiges Rauchen), um das Uebel in stärkerer Weise wieder hervorzurufen. — Dieser Fall war einer der instructivsten in Bezug auf die Wahrnehmung, dass das Tabakrauchen von zweifellosem Einfluss auf gewisse Formen der Plaquebildung an der Zungenschleimhaut ist.

XII. Leucoplakia lingualis circumscripta.

P. K. 27 Jahre alt, Baumeister, hatte vor 8 Jahren ein weiches venerisches Geschwür an der Glans penis, das durch 3 Wochen anhielt und sodann ohne weitere Folgen für den Organismus zur Heilung kam. Vor etwa vier Jahren entstanden auf der Zungenschleimhaut einzelne umschriebene, durch Epithelanhäufung gebildete, ziemlich starke Infiltrationen, die ebenso wenig einer mehrwöchentlichen Schmierkur als einer allgemeinen Behandlung durch Jodkali weichen wollten. Ich sah Patienten nach stattgefundener Behandlung, die er neuerdings aufzunehmen gesonnen war, im Juli 1875, ohne dass ich jedoch für die syphilitische Natur des Zungenübels irgend welchen Anhaltspunkt zu gewinnen vermochte. — Die glänzend weisse Farbe der Auflagerung, die Persistenz des neugebildeten und dichteren Gewebes sprachen für die Entwicklung einer idiopathischen Erkrankung. Patient hat deshalb auch auf meine Annahme hin die Vornahme weiterer antisyphilitischer Kuren unterlassen. — Im Sommer des verflossenen Jahres stellte sich Pat. abermals zur Besichtigung vor, und ich konnte weder eine Zu- noch eine Abnahme des Uebels feststellen. — Die Plaques verursachten keinerlei Beschwerden, und hatten auch nicht sonderlich die Functionen der Zunge gehemmt. — Was die ätiologischen Mo-

mente anlangte, so konnte in diesem Falle nicht einmal das Rauchen beschuldigt werden, welches in einzelnen der früher angeführten Fälle mehr oder weniger von Einfluss auf die Entwicklung des Schleimhautübels zu sein schien.

Der nächstfolgende Krankheitsfall gehört gleichfalls in die Kategorie der die Einwirkung des Tabakrauches ausschliessenden Fälle und gewinnt noch ein besonderes Interesse durch das gleichzeitige Auftreten der Erkrankung an der Mundhöhlen- und Genitalschleimhaut; ein ungemein seltenes Vorkommen.

XIII. Leucoplakia lingualis et buccalis; L. vulvae.

(Tafel VIII.)

Frau P. A. 56 Jahre alt, ziemlich schlecht genährt und anämischer Hautfarbe, klagt seit mehreren Jahren über eine „böse Erkrankung" der Mundschleimhaut. Ich sah Patientin, welche mir die DD. Wagner und Schermann zusandten, zuerst im Jahre 1876. Selbe gab an, dass sie mit Ausnahme einer vor 12 Jahren durchgemachten und sechs Wochen andauernden Bauchfellentzündung nie wieder krank gewesen, dreimal geboren und niemals abortirt hatte, ihr jüngster Sohn zählt 19 Jahre.

Die Zungenerkrankung bot ein von den bisher erwähnten ziemlich abweichendes Verhalten dar, wie auch aus der beigegebenen Abbildung zu entnehmen ist. An der linksseitigen Hälfte der Zungenoberfläche einzelne unregelmässige, scharfbegrenzte weissliche Auflagerungen. Die Schleimhaut der Zunge theilweise normal, in deren Mitte einige theils dunkelrothe mit Epithel bedeckte, theils dieses Ueberzuges beraubte Stellen. Am linksseitigen Zungenrande einzelne flache Excoriationen inmitten stark imbibirter dunkelrother Flecke. An der Zungenspitze eine hanfkorngrosse weisse Epithelverdickung zum Theil von einer Abschürfung begrenzt, welche den an der Zungenoberfläche befindlichen Epithelbildungen ähnlich erscheint. — An der rechten Zungenfläche eine $2^1/_2$ Ctm. lange, im mittleren Durchmesser etwa $1^1/_2$ Ctm. breite weisse Auflagerung, deren rückwärtiger, gegen die Rachenhöhle zu sich erstreckender Endtheil in die normale Schleimhaut übergeht, während das gegen die Raphe und die Zungenspitze hin sich ziehende Ende einen längeren und zwei kürzere stumpfe Fortsätze bildet. Die ganze Plaquebildung ist glänzend weiss, während die kleineren

Epithelbildungen von graulich-weisslicher Färbung sind. — Die Papillen erheben sich an den gesunden Schleimhautflächen als bläulichrothe Punkte, von denen namentlich zwei stärker hervorragende und hypertroph. Papillen ins Auge fallen. An der unteren Zungenfläche ein hanfkorngrosses flaches Geschwür.

Die Zunge erscheint dermassen eigenthümlich verändert und zeigt dem Aussehen nach einige Aehnlichkeit mit dem Bilde einer Landkarte, auf welcher die Bodenerhebungen und Vertiefungen durch verschiedene Farbennuancen deutlich markirt sind.

An der rechtsseitigen Schleimhautpartie der Mundhöhle bloss einzelne unregelmässige weisse Flecke, linkerseits ist jedoch die Schleimhaut in grosser Ausdehnung durch weissliche Auflagerungen und Infiltrationen verändert, so dass diese Stelle der Mundhöhle wie verfärbt erscheint, welche Veränderung sich vom inneren Rande der Mundwinkel bis nahe zur Zahnfleischgrenze erstreckt. Das Lippenroth beider Lippen ist vollkommen intact.

Die Mundhöhlenerkrankung führt selbstverständlich viele unangenehme Zufälle mit sich, die Bewegungen der Zunge sind ungemein schmerzhaft, wodurch die Nahrungsaufnahme blos auf den Genuss kühler flüssiger Nährstoffe beschränkt ist; compact geformte Nahrungsmittel vermag Patientin nur schwer zu nehmen.

Die pathologische Veränderung der Mundhöhle ist jedoch nur eine Theilerscheinung einer Affection der Schleimhäute, welche in analoger Weise noch an den Genitalien sich vorfindet. Die Untersuchung lehrte nämlich, dass an den grossen Schamlippen die Schleimhaut stellenweise vom Epithel entblösst ist und dass neben den dunkelrothen Abschürfungen einzelne weisse verdickte Epithelauflagerungen sich vorfinden, die kleinen Lippen rechts und links bis zum Scheideneingange gleicherweise verändert, und neben schärfer umschriebenen seichten Geschwürchen ähnliche Excoriationen, einzelne Plaquebildungen. — Die Scheidenschleimhaut sondert ein rahmähnliches Secret ab, ist sehr empfindlich und schmerzhaft und gestattet demgemäss keine Spiegeluntersuchung, um von dem Verhalten der Gebärmutter Kenntniss zu erlangen. Der übrige Körper ist gesund und bietet keine Veranlassung, das Vorhandensein einer constitutionellen Krankheit annehmen zu lassen.

Pat. war ob dieser angeführten Erkrankung früher viele Monate hindurch einer antisyphilitischen Kur unterworfen gewesen und nament-

lich scheint, wie Patientin vermuthet, unter dem Gebrauche der Schmierkur eine auffällige Verschlimmerung des Uebels sich eingestellt zu haben. Trotzdem wurden weiters Sublimatpillen, Zittmann'sches Decoct und Jodkali lange Zeit gebraucht und erst nach Wahrnehmung der Nutzlosigkeit all' dieser Kurmethoden wurde mit der antisyphilitischen Behandlung aufgelassen. Zur Ergänzung bemerke ich noch, dass Pat. Lapisätzungen und Jodkali-Mundwässer in fleissiger Verwendung benützte. Wenn nicht die diesbezügliche Erfahrung zur Feststellung einer Diagnose gedient hätte, so boten der mitgetheilte Krankheitsverlauf und die von anderen Aerzten nutzlos in Anwendung gezogene Therapie mir Anhaltspunkte genug, um das Uebel seiner Wesenheit nach zu beurtheilen und ganz entschieden die Annahme festzustellen, dass man es hier mit keinem specifischen Uebel zu thun habe. — Die von mir vorgeschlagene Therapie beschränkte sich auf die anhaltende Benützung von Mundwässern (Natri carbonici 1,0, Aqu. destill. 200,0, Trae. laudani 5,0) und dem innerlichen Gebrauch von Roborantien, was insoferne von vorzüglicher Wirkung erschien, als bei Pat. nach Verlauf von 5—6 Wochen eine neue Epithelbildung an den excoriirten Stellen sich einstellte, ohne dass jedoch bis dahin die weissen Plaques eine Neigung zur Rückbildung zeigten. Das subjective Befinden der Kranken hatte jedoch gewonnen, indem mit der Besserung des Zungenübels Essen und Sprechen wieder ganz anstandslos vor sich gingen. — Wegen der Plaquebildung an den Genitalien liess ich theils Bleiwässer zu Umschlägen gebrauchen, theils Sodabäder mit gleich günstigem Erfolge in Anwendung ziehen, Tannineinspritzungen hatten auch auf den Fluor selbst einen beschränkenden Einfluss. — Patientin, die ich häufiger zu sehen Gelegenheit hatte, kam vor einigen Wochen wieder zu mir, wo ich auch die Plaquebildung wieder in ganz unverändertem Zustande gefunden habe.

XIV. Leucoplakia buccalis et labialis diffusa.

(Tafel IX.)

B. A. Steuereinnehmer, 55 Jahre alt, mässiger Raucher, leidet seit acht Jahren an Epithelverdickungen der Mundhöhle und der Lippen. — An der Oberlippe die von einem starken Schnurrbarte bedeckt ist, findet man eine compacte weisse, und das Lippenroth grösstentheils bedeckende Auflagerung, während der normal gebliebene Rest der Lippenschleimhaut eine dunkelrothe Farbe

zeigt; das Epithel der Lippe zeigt sich hier sogar auffällig zart und fein; die innere und bis an's Zahnfleisch reichende Fläche der Lippen gleichfalls von einer compacten weisslichen Auflagerung bedeckt. Die Unterlippe weist an ihrem linksseitigen Viertheil einen normal gefärbten Schleimhauttheil auf, der von dem Mundwinkel aus zur Mitte der Lippe hin in einem spitzen Winkel endigend, von einer ähnlichen Auflagerung begrenzt wird, wie sie an der Oberlippe besteht, und die den übrigen grösseren Theil der Lippe bedeckt. Die Auflagerung ist von ziemlicher Härte und Intensität und geht nach abwärts, dem Unterkiefer zu, in eine flache Narbenbildung über, die von einer auf operativem Wege entfernten Geschwulst zurückgeblieben ist. (Leider konnte ich keinen Aufschluss erlangen, ob dieses früher bestandene Gebilde, gut- oder bösartiger Natur war.)

Die verhärteten Epithellagen sind nicht schmerzhaft, während die Schleimhaut der nach oben und unten normal erscheinenden Lippenpartien so empfindlich ist, dass Patient die Einwirkung der äusseren Luft nicht verträgt, und zur Bekämpfung der anhaltenden Schmerzhaftigkeit die Lippentheile mit einem dünnen Kautschukplättchen, welches den Schmerz am besten beschwichtigt, hermetisch bedeckt hält.

Die Schleimhaut der Mundhöhle beiderseits vom Mundwinkel bis zum Kieferast von weisslichen, breiten, unregelmässigen Plaques bedeckt, die von normalen Partien umgeben, ohne scharfe Begrenzung in dieselbe übergehen. Die Zunge ist hier im Gegensatz zu allen bisher beobachteten Fällen vollkommen gesund, und deren Schleimhaut zeigt nicht die geringste Abweichung von der Norm.

Die Ursache der Erkrankung ist vollkommen dunkel, Pat. war nie syphilitisch, ist kein starker Raucher, und gibt betreff der Entstehung des Uebels wie bemerkt an, dass es sich vor etwa acht Jahren zu entwickeln begonnen, demnach einige Jahre früher als die Neubildung an dem Kinn entstand. (Letzteres Uebel habe drei Jahre lang bestanden und wurde, nachdem es die Grösse einer Haselnuss überschritten, wegen angeblicher Bösartigkeit exstirpirt.)

Ich hatte den Pat. das erste Mal im August 1876 und die darauffolgenden Monate häufig gesehen, und trotz mehrfacher erweichender Salben und Bähungen mit verschiedenen Mitteln war eine anhaltende Lösung der Epithelschwarten schwer zu erreichen. Die Epithellagen an der Mundhöhlenschleimhaut wollten trotz mehr-

facher Versuche, selbe zur Erweichung und zum Schwinden zu bringen, bisher sich nicht involviren.

XV. Leucoplakia lingualis diffusa.

B. Gy., Ingenieur, 28 Jahre alt, hatte vor 10 Jahren an einem acht Wochen andauernden (indurirt.) Geschwür gelitten, das örtlich behandelt, innerhalb der folgenden zwei Jahre keine Zeichen einer nachfolgenden constitutionellen Erkrankung dargeboten haben soll (!). Im Jahre 1869, also zwei Jahre nach Ablauf des venerischen Geschwürs, erkrankte Patient in Zürich, wo er sich seiner Studien halber aufhielt, an einer hartnäckigen Halsentzündung, die für eine specifische Erkrankung gehalten, durch Touchirungen mit Lapis und unterstützt von einer Schmierkur innerhalb 5—6 Wochen zur Heilung gelangte. — Seither war Herr B. nicht wieder krank und es zeigten sich auch keinerlei Anhaltspunkte oder sonstige Erscheinungen, die auf eine etwa vorhandene Syphilis denken liessen. Im Jahre 1871 kehrte Betreffender nach Ungarn zurück, wo er alsbald bei Eisenbahnbauten beschäftigt, in Unter-Ungarn (Alföld) durch einige Jahre lebte. Seine Thätigkeit führte ihn häufig in solche Gegenden, wo der an starkes Rauchen gewöhnte junge Mann sich diesen Genuss versagen musste, und er hatte sich in Ermangelung anderer Behelfe an das Tabakkauen gewöhnt, was selbem bald so zusagte, dass er selbes, als er unter günstigen Verhältnissen sich befand, noch fortzusetzen pflegte. — Im Laufe des Jahres 1872 traten zuerst einzelne umschriebene Excoriationen an der Zungenspitze auf, die sich nach kurzem Bestande mit einer weissen Epithellage bedeckten. Einige Zeit später entstanden ähnliche durch weisse Flecke und Epithelverdickungen ausgezeichnete Veränderungen an übrigen Stellen der Zungenoberfläche, die den Patienten, der den ersten diesfälligen Erscheinungen keine Bedeutung beilegte, veranlasste, sich nun um ärztliche Hilfe zu kümmern, Pat. consultirte im Jahre 1874 Prf. Z., welcher gestützt auf die klinischen Momente und die vom Pat. berichtete Anamnese, eine Jodkur verordnete, die Pat. gewissenhaft durch einige Monate gebrauchte. Nachdem auf diese Medication sich keine Veränderung einstellen wollte, wendete sich Pat. noch an andere Aerzte, auf deren Anordnung Sublimat und Protojoduret in Pillenform durch längere Zeit in Verwendung kamen, und Chlorkaliwasser durch die ganze Dauer der Erkrankung in Gebrauch gezogen wurde. Nachdem eine fast zwei Jahre

hindurch fortgesetzte und nur mit geringen Pausen unterbrochene Behandlung sich resultatlos zeigte, gab Pat. jede weitere, gegen das Zungenübel gerichtete Behandlung auf.

Im October 1876 kam Patient zu mir, und ich konnte folgenden Befund constatiren: Die Zunge ist fast zu zwei Drittheilen, u. z. von der Spitze an bis über deren Mitte hinaus zu einer weisslichen, die Schleimhaut total verändernden Schichte umgewandelt, ähnlich dem in der Abbildung Nr. 2 angegebenen Befunde. Doch zeigt derselbe weder eine Infiltration noch eine eigentliche die Schleimhaut bedeckende Auflagerung, selbst die Palpation vermag keine besondere Abweichung in dem Gewebe der Zunge nachzuweisen. Die Zungenoberfläche ist glänzend und bläulich weiss, Excoriationen oder Geschwürsbildungen sind nirgends vorhanden. Die an den Zungenrändern auslaufenden Grenzen der Schleimhautumwandlung sind durch eine ziemlich scharfe Demarcationslinie gegen die normale Schleimhaut hin gekennzeichnet. — Der Zungenrand selbst zum Theil sowie die untere Fläche der Zunge gesund, die Schleimhaut der Mundhöhle gleichfalls.

Die angeführten anamnestischen Momente liessen die Wahrscheinlichkeit zu, dass die ganze Erkrankung sich auf syphilitischem Boden entwickelt hatte, das Uebel selbst konnte jedoch nicht mehr als ein blos specifisches betrachtet werden, und die Annahme war viel gerechtfertigter im vorliegenden Falle eine idiopathische Erkrankung anzunehmen, die wahrscheinlich durch das Tabakrauchen entstanden war. — Pat. war von anhaltenden Schmerzempfindungen nicht frei, und wenngleich die Schleimhaut nicht entblösst erschien, so hatte doch Pat. bei scharf gewürzten Speisen oder Genuss starker Cigarren eine ziemlich starke Empfindlichkeit wahrgenommen. — Die von mir vorgeschlagene Behandlung bestehend in der Verordnung einer Sodalösung mit Zusatz von Opiumtropfen als Mundwasser hatte dem Pat. grosse Erleichterung verschafft, der fleissige Gebrauch der Solution hatte in den letzten Monaten eine sichtbare Abnahme der epithelialen Veränderung der Zungenoberfläche zur Folge.

XVI. Leucoplakia lingualis sparsa.

N. v. E. 46 Jahre alt, Lantagsabgeordneter, kam Ende Februar 1877 in meine Ordination, mit einer in den früher geschilderten Fällen analogen, durch Epithelverfärbung charakterisirten Zungener-

krankung, die vor etwa drei Jahren sich entwickelt hatte; die Zungenplaques bestanden nicht aus verdickten, sondern bloss aus wenig über die Oberfläche der Schleimhaut hervorragenden Epithelbildungen, die Papillen rings um die Plaques und selbst innerhalb derselben stärker entwickelt, wodurch die ganze Oberfläche stellenweise ein rauhes Aussehen erhielt.

Betreff der Anamnese konnten keinerlei auf Syphilis bezughabenden Antecedentien constatirt werden. Pat. war früher ein starker Raucher, doch hatte er in den letzten Jahren diese Gewohnheit ziemlich abgelegt. Zwei Jahre lang hatte das Zungenübel keinerlei Beschwerden verursacht, doch in der letzten Zeit stellten sich letztere häufig ein, so dass Pat. sich nach ärztlicher Hilfe umsah. Das Uebel wurde für ein specifisches gehalten und demgemäss auch antisyphilitische Mittel verordnet, doch Pat. wollte sich bishin diesen Anordnungen nicht fügen. Ich klärte denselben über das Wesen seines Leidens auf, und indem ich von jeder eingreifenden Kur abrieth, beschränkte ich mich nur auf die Empfehlung einer localen Behandlung. Ueber den weiteren Verlauf des Zustandes habe ich in letzterer Zeit keine Nachrichten erhalten, nur als ich ihn kurze Zeit nach dem ersten Besuche wieder sah, habe ich auf den anhaltenden Gebrauch eines alkalischen Wassers und die Unterlassung des Cigarrengenusses, eine geringere Abnahme der weisslichen Verfärbungen wahrnehmen können.

XVII. Leucoplakia lingualis.

Der Fall betraf den 23 Jahre alten Mediciner S. J., der seit vier Jahren an einer ähnlichen wie in den früheren Krankengeschichten beschriebenen, umschriebenen Plaquebildung an der Zungenoberfläche litt. Die Epithelveränderung betraf die Zungenspitze und den rechten Theil der Zunge, wo drei bohnengrosse weisse Plaques sassen, die vor mehreren Jahren entstanden und seit etwa einem Jahre stationär geblieben waren. Pat. gab als einzige unangenehme Erscheinung seines Uebels eine bedeutende Trockenheit im Gaumen an, die in den Morgenstunden besonders lästig ist, stärkere Speichelabsonderung ist auch im Laufe des Tages nicht vorhanden. Als anamnestische Momente mussten starkes Rauchen oder etwaige Syphilis in diesem Falle vollkommen ausgeschlossen werden, und das Entstehen der Epithelveränderung war in diesem Falle ebenso dunkel als in manchen anderen.

Der Kranke stellte sich Anfangs Mai 1877 vor, wo ich nur die genannte Erkrankung constatiren konnte. Selber ist übrigens ganz gesunden Aussehens und hat bisher keine Therapie gegen sein Zungenübel unternommen.

XVIII. Leucoplakia linguae et buccae, Carcinoma epitheliale.

N. v. N. ein 42 Jahre alter Staatsbeamter, hatte vor 18 Jahren an secundären syphilitischen Affectionen gelitten, die sowohl auf der allgemeinen Decke, als auch an der Rachenschleimhaut in ziemlich hartnäckiger Weise bestanden. Die Erkrankung der letzteren war namentlich eine langwierige, und Pat. war zwei bis drei Jahre hindurch von häufigen Nachschüben befallen, die selber jedoch einer länger dauernden Schmierkur zuschrieb. Selbst nach anscheinend getilgter Syphilis blieb eine ziemliche Empfindlichkeit der Rachenschleimhaut zurück und die selbe soll nach stärkerem Cigarrengenuss oder durch scharfe Getränke sich in Form mässiger Angina, leichter Erosionen und anhaltender Erytheme leicht verschlimmert haben. Zehn Jahre nach acquirirter primärer Affection war Pat. vollkommen gesund. Nach einem fünf- bis sechsjährigen Intervalle eines steten Wohlbefindens traten an Wangen- und Zungenschleimhaut weisse Verfärbungen auf, die in langsamer Entwicklung mit stellenweiser Verdickung des Epithels endigten. Pat. hatte diesem Zustande, da er ganz ohne Beschwerden war, keine Beachtung geschenkt, bis sich endlich im März 1876 aus einem central gelegenen Zungenplaque eine von der Spitze der Zunge beginnende und das vordere Drittel derselben occupirende bohnengrosse Anschwellung gezeigt haben soll. Er wurde deshalb mit Lapis und innerlich mit Jodkali durch längere Zeit behandelt, was jedoch gegen das Fortschreiten des Uebels sich vollkommen nutzlos zeigte, indem die umschriebene Anschwellung sich allmälig zu einer geschwürigen Fläche umbildete. — Pat. ging im Herbst dieses Jahres nach Lindewiese, und hat während der Hunger- und Wasserkur daselbst, nur eine weitere Verschlimmerung erfahren. Am 10. Mai 1877, also $^3/_4$ Jahre nach eingetretener Zungenulceration sah ich Pat. zum ersten Male. Der Status war folgender: Das vordere Drittel der Zunge fehlend, an der breiten und die Zunge zu einem rhomboiden Gebilde umgestaltenden Endpartie eine ausgebreitete, Eiter secernirende, von aufgeworfenen Rändern begrenzte Geschwürsfläche. Der rechte

Zungenrand in der Mitte eingebuchtet, an dieser Stelle ein in die Substanz der Zunge eingreifendes Geschwür, dessen eingekerbte Ränder gegen die hintere Zungenpartie hinziehend eine kraterförmige Vertiefung begrenzen, von gleichem Aussehen wie das Geschwür des Zungenendes. Der die kranken Stellen umgebende Zungentheil von gesundem Aeussern, mässig geschwellt. — Pat. hat anhaltende Schmerzen, kann kaum essen, spricht ungemein schwer, muss anhaltend spucken, sondert einen dicken, fadenziehenden Speichel ab, und verbringt qualvolle Tage und Nächte. Das Aussehen des Kranken ziemlich herabgekommen, und die Submaxillardrüsen ein wenig infiltrirt, Nackendrüsen gesund. Weisse Plaques an der Zunge sind nirgends zu sehen, nur die Unterlippe zeigt einige bläuliche Flecke, der linke Mundwinkel eine ziemlich derbe weisse Auflagerung, die nicht schmerzhaft ist. — Unter den angegebenen Umständen ist von einem operativen Eingriffe wohl nicht viel zu erwarten, trotzdem wies ich den Kranken an, zur Linderung seines jetzigen Zustandes, den carcinomatösen Zungentheil auf operativem Wege entfernen zu lassen. Ueber den ferneren Verlauf des Zustandes habe ich nichts Näheres erfahren.

XIX. Leucoplakia palati duri, Carcinoma process. alveolaris.

S. A. 23 Jahre alt, Kaufmann, von blühender Gesichtsfarbe, stets gesund und nie syphilitisch erkrankt, hat bis zu seinem jetzigen Leiden keinerlei Affection der Mundhöhlenschleimhaut wahrgenommen, und sich ausser anhaltendem und starkem Cigarrengenusse keinerlei directen Schädlichkeit ausgesetzt. Vor etwa einem Jahre machte Pat. die Wahrnehmung, dass bei Genuss scharfer Speisen und beim Rauchen Schmerzen im Gaumen auftreten. In der ersten Zeit hatte er diese Empfindung nicht berücksichtigt, als jedoch die Schmerzhaftigkeit eine anhaltende und intensivere wurde, wandte er sich um ärztliche Hilfe, wobei man theils durch antisyphilitische Behandlung theils durch locale Cauterisationen eine Besserung anzustreben suchte, jedoch ohne Erfolg.

Am 20. Mai 1877 stellte sich Pat. bei mir vor, und ich konnte folgenden Status aufnehmen: D e r h a r t e G a u m e n r e c h t e r s e i t s v o n w e i s s l i c h e n, d i e S c h l e i m h a u t u m w a n d e l n d e n V e r f ä r b u n g e n g r ö s s t e n t h e i l s v e r ä n d e r t, die Schleimhaut ist nur an der Uebergangsfläche zum weichen Gaumen hin normal gefärbt und

geht das normale Aussehen allmälig seitlich und vorn in die verfärbte Partie über. Die linke Gaumenhälfte, in ganzer Ausdehnung erkrankt, ist von dem weisslich-blau verfärbten rechtsseitigen Gaumentheil durch einen erhabenen verdickten Wulst getrennt. Die Erkrankung dieser Partie besteht in einer mässigen Verdickung und Schwellung der Schleimhaut von tiefdunkler Röthe, welche sich über Gaumenhälfte und Oberkiefer, (der theils von Zähnen entblösst ist, theils noch einige Zahnstumpfen enthält) bis an den hinteren Rand desselben und weiter nach aussen hin zur Wangenschleimhautfalte des Zahnfleisches erstreckt. Die ganze Fläche ist bei Druck mässig schmerzhaft. Längs des Kieferrandes ist die geschwellte und entzündete Schleimhaut stellenweise hügelig gewölbt, die einzelnen Hügel succulent und schwammiger Construction; von einer weissen Verfärbung, die durch den erwähnten, die Raphe des Gaumens bildenden unregelmässigen Wulst vollkommen localisirt ist, findet man an der linken Gaumenpartie keine Spur und Pat. weiss über das Entstehen der weissen Plaques keinen Aufschluss zu geben. Die histologische Untersuchung eines Theiles der kranken Stelle ergab nach dem Berichte des klinischen Assistenten Dr. Dollinger das Vorhandensein eines Epithelialcarcinoms. — Ob dem Carcinome weisse Plaques vorangingen oder nicht, ist aus der mangelnden Beobachtung von Seite des Pat. nicht zu erfahren, die Leucoplakie der rechten Gaumenhälfte spricht wohl für diese Annahme. Möglich indess, dass das Carcinom hier wie gewöhnlich bei den Carcinomen des Kiefers, aus der die Kieferhöhle auskleidenden Membran sich entwickelt hatte. Pat. ging behufs einer Operation zu Prof. Billroth.

XX. Leucoplakia buccalis, Syphilis papulosa cutanea.

M. J., 28 Jahre alt, Postbeamter aus Temesvár, kam Anfangs Juni 1877 zur Beobachtung. Der Fall bot insoferne ein besonderes Interesse, als sich Leucoplakie unabhängig von einem Syphilide der Haut vorfindet. An der rechten Wange hatte sich nämlich schon vor sieben Jahren eine starke Plaquebildung entwickelt, die seit jener Zeit in unveränderter Gestalt fortbesteht. Man findet eine von dem Mundwinkel beginnende bis in die Gegend des zweiten Mahlzahnes reichende, dicke, feste Epithelschwarte, von intensiv weisser Färbung an den centralen Stellen, während die bläulich-weissen Ränder der Auflagerung in die normale Wangenschleimhaut sich all-

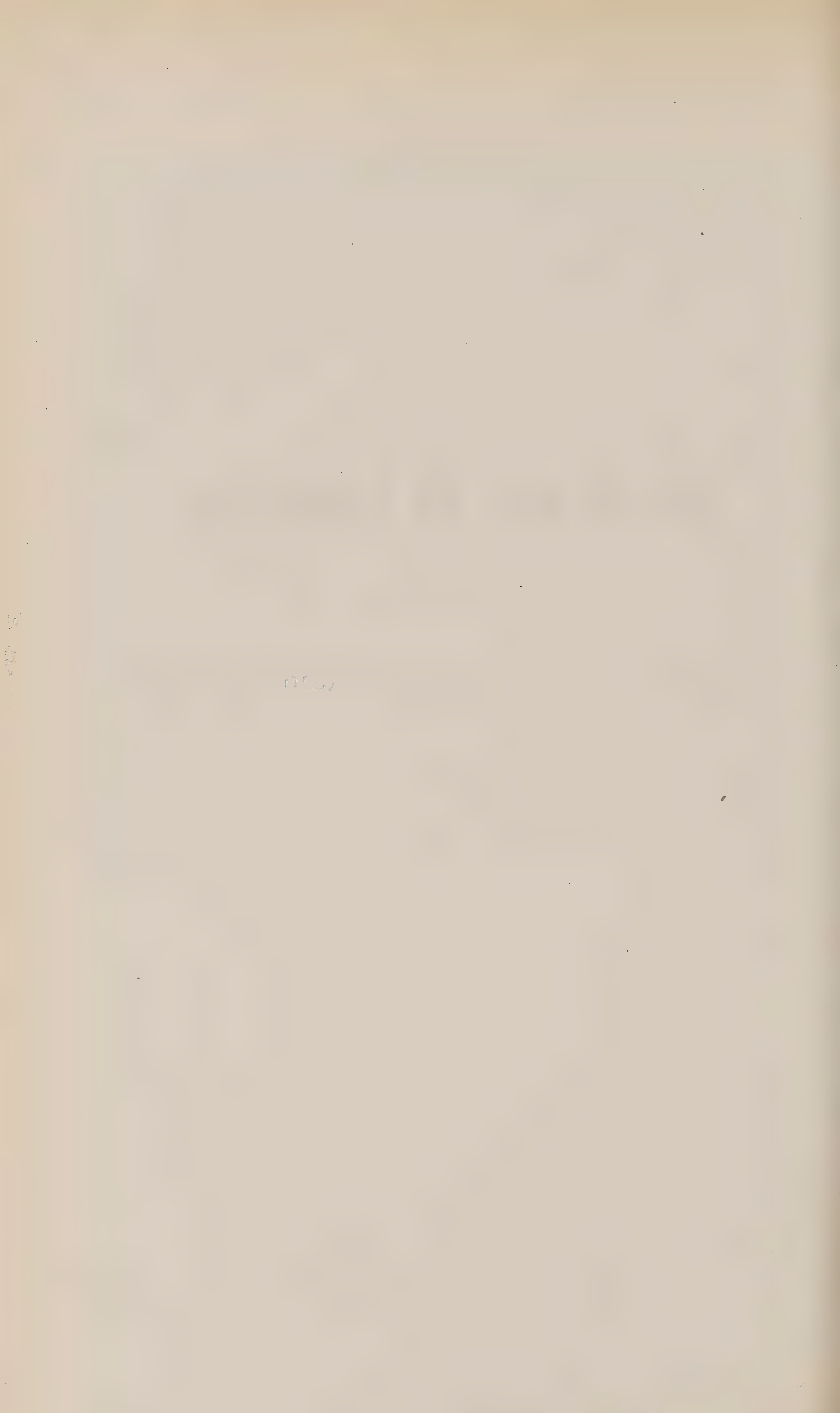
mälig verlieren. Auf der Zungenschleimhaut zwei linsengrosse Plaques, die im September verflossenen Jahres entstanden, eine geringe Epithelverdickung bilden, die nach Angabe des Pat. mitunter blässer sind, und dann wieder stärker gefärbt erscheinen. Im Februar dies. J. acquirirte Patient, der bisher vollkommen syphilisfrei war, ein indurirtes Geschwür mit nachfolgender Roseola. die von seinem Arzte alsbald mit einer Einreibungskur bekämpft wurde, trotzdem kam es zu weiteren Exanthemen und die Untersuchung des Körpers lehrt heute noch das Bestehen eines papulösen Syphilides. Die genaue Durchforschung und Untersuchung des Falles ergab demnach das Vorhandensein einer idiopathischen Mundschleimhauterkrankung früheren, und einer syphilitischen Allgemeinerkrankung späteren Datums. — Die Schleimhaut des Rachens ist vollkommen frei, und zeigt keine verdächtige Röthe oder Geschwürsbildung oder sonst eine Epitheltrübung. Die früher gebrauchte Schmierkur, die eine bestehende Roseola zum Schwinden gebracht hatte, war auf die erwähnte Schleimhautaffection ganz ohne Einwirkung, hatte aber auch auf die Entwicklung des papulösen Leidens der Haut, wie es sich zeigte, keinen hindernden Einfluss. — Es handelte sich nun in diesem Falle die Syphilis zum Schwinden zu bringen und ich zögerte nicht, nochmals die Schmierkur und wegen des Mundleidens Chlorkali-Mundwasser aus doppelten Gründen zu empfehlen. Leider habe ich bis jetzt von dem Kranken, der nach der Consultation nach Hause gereist war, keine nähere Nachricht erfahren.

(Schluss im nächsten Hefte.)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

1. **Mojsisovics:** Ueber die Nervenendigung in der Epidermis der Säuger. (Wiener akad. Sitzungsber. LXXI. 3. S. p. 242, 1876.)
2. **Schulin.** Beiträge zur Histologie der Haare. (Zeitschr. f. Anat. und Entwicklungsgesch. II. — Sitzungsber. d. Ges. z. Beförd. d. gesammt. Naturwiss. zu Marburg. Nr. 7, 1876; — Centralbl. f. d. m. W. 1877).
3. **Lomikoffski:** Zur Aetiologie der Erkrankung innerer Organe bei Thieren nach Verlust der Hautperspiration. (Med. Westnik. 1877. I. (russisch.) Centralbl. f. Chirurg. Nr. 19, 1877.)
4. **Iljinsky:** 1. Zur Frage der Hauttransplantation. 2. Die Transplantation von Thierhaut auf granulirende Wundflächen des Menschen. (Protokolle d. k. med. Gesellschaft im Kaukasus Nr. 2. 1876. — Centralbl. f. Chirurgie Nr. 2. 1877.)
5. **Köbner.** Ueber Arznei-Exantheme, insbesondere über Chinin-Exanthem. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1877).
6. **Bulkley.** Ueber Arsenik bei Hautkrankheiten. (New-Yorker med. Journ. Aug. 1876.)

v. Mojsisovics stellte (**1**) Untersuchungen über die Nervenenden in der Säugethierhaut am Rüssel des Hausschweines an, welcher mit einer am Rande vorspringenden Endscheibe versehen ist, die von der Nasenspitze gebildet und durch einen besonderen Rüsselknochen gestützt wird. Die obere Partie dieser Endscheibe ist fast völlig nackt, die Epidermis auffallend verdickt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass gerade diese Partien ganz ausserordentlich nervenreich sind. Aus der Cutis (theils aus, theils zwischen den Cutispapillen)

treten die Nervenfasern in die Epidermis über, innerhalb deren sie in leichten Schlangenwindungen und unter fortgesetzter dichotomischer Theilung gegen die Oberfläche ziehen. Die letzten sehr feinen und varicösen Nervenfäserchen lassen sich bis ganz nahe an die Haarschichten der Epidermis verfolgen. Anastomosen zwischen ihnen scheinen nicht vorzukommen. Sie verlaufen ausschliesslich zwischen den Zellen der Epidermis; ihre in verschiedener Höhe, theils noch in der Malpighi'schen Schicht, theils an der äussersten Grenze des Stratum lucidum befindlichen kölbchenartigen Endanschwellungen, welche den von Cohnheim am Hornhautepithel beschriebenen ähnlich sind, sind gleichfalls stets zwischen den Zellen gelegen.

Einen ganz gleichen Modus der Nervenendigung fand Verf. an den Tasthaaren der Schnauze des Maulwurfes und der Maus, wo die Endanschwellungen in der dem Rete Malpighi entsprechenden äusseren Wurzelscheide gelegen sind. Den von Langerhans beschriebenen Modus der Nervenendigung in besonderen sternförmigen Körperchen hat Verf. niemals beobachtet.

Nach dem Verf. soll den Tastkörperchen die besondere Function zukommen, die Distanz zweier Punkte wahrzunehmen, den beschriebenen zarten Endigungen der Hautnerven in der Epidermis, die Empfindlichkeit der Haut für das Getast überhaupt hervorzubringen.

Schulin spricht sich (2) für die Entstehung der ersten Haaranlage in einem soliden Fortsatz der Malpighi'schen Schicht aus, welcher sich aber nicht in toto zu den einzelnen Schichten der Haaranlage differenzirt, sondern in welchem sich das Haar von unten auf entwickelt. Der Haarschwund leitet sich ein mit einer Veränderung des Haares selbst, welche darin besteht, dass weitaus in den meisten Fällen zunächst das Pigment in der Haarzwiebel schwindet und das untere Ende des Haares eine streifige Beschaffenheit annimmt. Die streifige Zone geht allmälig über in eine solche, wo sich längliche Zellen mit Kernen finden und an diese schliessen sich dann die auf der Papille befindlichen, dem Rete Malpighii entsprechenden, jungen Epithelien an. Die innere Wurzelscheide hört als solche etwas über der Gegend auf zu existiren, wo die länglichen Zellen anfangen; ihr Keimlager schwindet indessen nicht, sondern verschmälert sich nur und vereinigt sich seitlich einerseits mit der die Fortsetzung der äusseren Wurzelscheide darstellenden einfachen Reihe kleiner Zellen

und andererseits mit dem Keimlager des Haares. Wie das Haar bei seiner Entwicklung sich von seinen Scheiden dadurch differenzirt, dass ein ungleichmässiges Wachsthum in den verschiedenen Theilen des ursprünglich durchwegs gleichartigen Epithelcylinders eintritt, so sucht Vf. den Beginn des Haarschwundes darin, dass die Wachsthumsenergie in Allem, was von dem primären Epithelkegel stammt, von unten anfangend, wieder eine gleich starke resp. gleich schwache wird, und dadurch das Haar mit seinen Wurzelscheiden von unten herauf wieder verschmilzt. Die ganze die Papille umkleidende Epithelkappe beginnt gleichzeitig zu atrophiren; die Papille selbst bleibt zunächst vollständig intact, höchstens ihre Grösse vermindert sich. Später wird aus der schmalen Einschnürung am Grunde des Haares ein langer unverhornter Epithelialcylinder, der sich nach unten in das Rete Malpighii der Haarpapille, nach oben in das Zelllager fortsetzt, welches das Haar liefert. Die Papille ist noch immer vorhanden. Ihre Epithelialkappe ist verschmälert und unverhornt. Der Verbindungsstrang zwischen Papille und Haar besteht aus Zellen der Schleimschicht. Das Haar selbst geht neue Verbindungen ein, indem von dem oberen Ende jedes Epithelcylinders aus die äussere Wurzelscheide ihre nunmehr verhornenden Zellen radiär zusammentreten und in das Haar übergehen lässt. Das Haar wächst jetzt nicht mehr durch Wucherung und Verhornung der Rete-Zellen der Haarpapille, sondern durch denselben Vorgang Seitens einer bestimmten Strecke des Haarbalges und zwar einer Strecke, welche wandert. Anfangs besteht sie aus der Papille und deren nächster Umgebung, dann treten immer höher gelegene Theile der äusseren Wurzelscheide in Thätigkeit. Das schiebende Moment hierfür sucht Sch. in der Opposition Seitens des Keimlagers. Alsbald erleidet der Epithelcylinder zwischen dem unteren zerfaserten Ende des Haares und der Papille eine von dem Hinaufrücken der letzteren begleitete Verkürzung. Die Papille setzt sich dabei nach unten in einen in der Verlängerung des Haares liegenden bindegewebigen Fortsatz fort. Die Verkürzung des Haarbalges erfolgt nicht durch ein Zusammenwachsen der Wände, sondern durch ein Hinaufrücken der Papille. Die Papille kann bis ziemlich nahe an die Einmündungsstellen der Talgdrüsen hinaufrücken. In sehr hohen Stadien des Haarschwundes macht sich der ursprüngliche Haarbalg noch in einem soliden, der hypertrophischen Talgdrüse anhängenden Epithelzapfen kenntlich. Der Haarwechsel beginnt mit atrophischen Veränder-

ungen der Haarzwiebel, worauf vom Grunde des alten Haares sich ein Epithelfortsatz nach unten begibt, aus dem sich auf einer neugebildeten Papille ein neues Haar entwickelt. Bisweilen treten (wie schon Werthheim gezeigt hat A.) 2 bis 3 bis 6 Haare aus einem solchen Epithelfortsatze hervor (zu congruenten Resultaten betreffs des Haarwechsels kam auch Esoff; siehe weiter unten A.).

Lemikoffski (3) gelangt durch eine Reihe von Versuchen zu dem Schluss, dass die bisher üblichen Erklärungsweisen der Erkrankung innerer Organe nach Verlust der Hautperspiration (Stockvis, Lang, Feinberg, Sokoloff) ungenügende seien, und dass der einzige Grund für diese Erscheinung in der vermehrten Wärmeabgabe zu suchen sei; somit wäre die Annahme einer im Blute der lackirten Thiere auftretenden giftigen Substanz als Erklärungsgrund durchaus nicht erforderlich.

Iljinsky (4) transplantirte Haut von Menschen, Hunden und Hühnern auf Geschwürsflächen. Nahm er die Hundehaut mit dem Zellgewebe zusammen, so erzielte er immer eine Verwachsung, sonst unter 10 Fällen 6 Mal. Die befestigenden Heftpflasterstreifen wurden nach 48—72 Stunden entfernt. Die verwachsenen Hautstücke wurden nie rosenroth, sondern blieben stets blass und schrumpften immer mehr ein, besonders im Dickendurchmesser. Einige beigefügte Krankheitsgeschichten zeigen, entsprechend allen bisherigen Erfahrungen, dass mit Transplantation behandelte Geschwüre rasch vernarbten, und dass die Narben glatt und beweglich erschienen.

Köbner behandelt in einer sehr lehrreichen Schrift (5) die Arznei-Exantheme, insbesondere das Chininexanthem. Von letzterem führt er zwei Fälle aus eigener Beobachtung an:

I. Im November 1876 litt die Aebtissin eines Nonnenklosters in Meran seit einigen Tagen an Bronchitis, nahm Chininpulver (6 Pulver zu 0·1) mit etwas Digitalis. Davon wurde nur eines gebraucht, aber schon nach 2 Stunden traten starker Schüttelfrost, eine Stunde später Erstickungsangst, Uebelkeiten und endlich Erbrechen von etwas Schleim und bei alledem heftige anhaltende Kopfschmerzen, hierauf äusserst lästiges Brennen, vom Kopfe beginnend und binnen kurzem abwärts über den ganzen Körper sich verbreitend, ein.

Vf. fand bei der 28jährigen Patientin das Gesicht leicht gedunsen und bedeckt von einer gleichmässigen, dunklen Röthe, welche sich auch über den behaarten Kopf, die Ohren und den Hals erstreckte. Auf Druck schwand sie für einen Augenblick, um wenigstens im Gesicht einer ganz leicht gelblichen Färbung Platz zu machen, und kam alsbald wieder zum Vorschein. Die Gesichtshaut war ein wenig gespannt, namentlich in der Nasolabialgegend und um den Mund herum, heisser anzufühlen und an den Augenlidern, besonders den unteren, mässig ödematös. Die Conjunctivae palpebrarum injicirt, die Augen feuchtglänzend, Pupillen von mittlerer Weite und prompter Reaction; die Nasenschleimhaut trocken. Jene Scharlachröthe erstreckte sich ferner über die Arme, an welchen sie heller wurde und hier und da normale Hautinseln frei liess, und über die ganzen Hände, desgleichen über die Unterschenkel und Füsse in ihrer ganzen Ausdehnung, ferner über den Rumpf. Am unteren Drittel beider Oberschenkel fand Vf. die Beugeseiten normal, an den Streckseiten eine Anzahl leicht erhabener, erbsengrosser, dunkelrother, blutleer drückbarer, einzeln stehender und nirgends confluirter Papeln, deren Zwischenränme ganz normal waren und deren Epidermis bei genauerem Zusehen feine Fältchen zeigte. Puls 108, Hauttemperatur erhöht, die hintere Pharynxwand dunkelroth, von zahlreichen erweiterten Gefässen und ein wenig Schleim bedeckt.

Zur Bestätigung der Diagnose berichtete der behandelnde Arzt: Patientin, mit einem sehr kleinen Infiltrat im rechten oberen Lungenlappen behaftet, bekam vor etwa $^1/_2$ Jahren (Juni 1876) eine leicht fieberhafte Bronchitis, wogegen er verordnete: Chinin sulf. 1·50, Pulv. Doweri 1·20, Extr. Liquirit. q. s. ut f. pilul. 20; täglich 3 Stück. Nach Gebrauch von 3 Pillen trat ein heftiger Schüttelfrost, Präcordialangst, Vomituritionen und endlich Erbrechen nebst intensiven Kopfschmerzen auf, und kurz nachher brach das allgemeine Exanthem aus und dauerte volle 8 Tage, bevor es erblasste. Es war damals viel stärker als jetzt, indem es nirgends Hautstellen frei liess, sondern völlig diffus den Körper — so weit sich die Patientin beschauen liess — überzog, an manchen Partien fast lividrothe Färbung und stärkere Infiltration resp. Schwellung der Cutis zeigte. Die Temperatur stieg in den ersten Tagen auf 39·8°, der Puls auf 124, die Kopfschmerzen steigerten sich öfter bis zu Delirien. Sämmtliche Pillen wurden eingenommen, denn an der Diagnose eines schweren Scharlachs war gar

kein Zweifel, zumal da auch mehrere Tage lang starke Angina, wenn auch ohne jeden Belag, vorhanden war. Ueberdies begann gegen den 9. Tag am Gesichte die Abschuppung, welche sich ganz regelrecht über den Stamm und die Extremitäten fortsetzte und durch die enorm grossen und zahlreichen Epidermisfetzen, die sich namentlich von den Händen und Füssen bis in die 6. Woche hinein, an den Fusssohlen nach Aussage der Patientin noch etwa 3 Wochen länger abstiessen, mit der Heftigkeit des überstandenen Processes ganz übereinstimmte. Im September von neuem Bronchitis. Verordnung: 20 Pillen aus Sulfat. Chinin 1·5, Pulv. folior. Digit. purp., Pulv. Doweri ana 0·7, Extr. Trifol. fibrin. q. s., täglich 3 Pillen.

Nach 2 Pillen brach zu nicht geringem Staunen wieder dasselbe Exanthem mit allen genannten vorangehenden und begleitenden Symptomen aus. Diesmal wurde wegen des kurzen Intervalls die Scharlachnatur etwas zweifelhaft, und die Pillen ausgesetzt. Der Krankheitsverlauf war viel kürzer und milder als das erste Mal. Schon am 5. Tage begann die lamellöse Abschuppung, welche in ungefähr 3 Wochen grösstentheils beendigt war. Dass es sich in diesem Falle nicht um eine Wirkung der Digitalis, sondern des Chinins gehandelt habe, zeigt die ziffermässige Recapitulation der Dauer des jedesmaligen Verlaufes, verglichen mit den eingenommenen Chininmengen. Im Juni nach 0·225 Chinin (3 Pillen zu je 0·075) Ausbruch des Exanthems; Floritionsdauer unter Fortgebrauch von 1·275, volle 8 Tage; Dauer der Abschuppung 6 Wochen, an den Fusssohlen sogar bis in die 9. Woche. Dem entsprechend höchstes und anhaltendstes Fieber und schwerste Prostratio virium. Im September nach 0·15 Chinin (2mal 0·075): Exanthem, Florition 4 Tage, Abschuppung vom 5. Tage an. Verlauf kürzer und viel milder. Im November nach 0·1 Chinin: Exanthem, Florition etwa $2^1/_2$ Tage, Abschuppung vom 3. beginnend, binnen 14 Tagen beendet. Kürzester und mildester Verlauf.

II. Dr. X., prakt. Arzt in Breslau, 31 Jahre alt, erkrankte im Herbst 1868 an einer rechtsseitigen Gesichtsneuralgie, die durch eine Morphium-Injection aufhörte. Den dritten Tag in der Mittagsstunde merkte er Wiederbeginn der Neuralgie und nahm 1 Grm. Chinin sulf. auf einmal, später abermals eine Morphium-Injection. Gegen Abend schwoll das Gesicht vollständig an, und am ganzen Körper zeigte sich ein rother, scharlachähnlicher Ausschlag, dabei starkes Fieber mit

Schüttelfrost und Delirien. Die Nacht war sehr unruhig, der Athem beklommen (Congestion nach den Lungen), so dass die beiden behandelnden Aerzte am nächsten Morgen den Beginn einer die Scarlatina begleitenden Pleuritis oder Pneumonie annahmen und 12 Schröpfköpfe auf den Rücken setzen liessen. Darauf trat Erleichterung im Athmen ein. Das Exanthem hielt etwa 4 Tage an, dann schwoll das Gesicht ab und an ihm sowie an den Handtellern und Fusssohlen stellte sich Abschuppung ein. Erst 3 Wochen nach dieser Erkrankung konnte er wieder prakticiren.

Vf. erörtert nun die Literatur und weist besonders auf 4 ähnliche Fälle im Brit. med. Journ. (1869 und 1870) hin, bespricht die Differentialdiagnose von Scharlach, weiter als Behelf für die Diagnose die Aufsuchung des Chinins im Harne durch Polarisation (Herapath) oder durch Fluorescenz (Kerner). Hierauf führt der Vf. noch eine Reihe von Stoffen an, welche ähnliche Ausschläge wie Chinin hervorbringen und zwar: Strychnin (in dem vierten Falle des Brit. med. J.), Chloralhydrat (Stiller in Pest), Digitalis (Traube). Was die letztere betrifft, trat das Exanthem erst mehrere Tage (4 bis 5) nach Fortlassung der Digitalis auf, während die Temperatur und der Puls schon viel früher auf ihr Minimum gesunken waren. Ferner ging bei Digitalis das Fieber nur in den ersten 2 Tagen mit der Entwicklung des Exanthems parallel, divergirte aber vom 3. Tage ab in der Weise, dass die Temperatur weiter anstieg, während das Exanthem schon von diesem, die Pulsfrequenz vom 5. Tage an einen Rückgang zeigte. Am 6. Tage seines Bestehens war das Exanthem fast vollständig verschwunden. Zum Schlusse spricht sich der Vf. dafür aus, dass das Chininexanthem als eine Intoxication directer Art und nicht als eine blosse Reflexneurose der Hautgefässe anzusehen sei.

(Wir machen aufmerksam, dass in letzter Zeit unabhängig vom Vf. über denselben Gegenstand noch mehrere Aufsätze erschienen sind und zwar von Dumas [London med. Record., 16. Oct. 1876], Bergeron und Proust [Ann. d'Hyg. publ. et de méd. leg., Bd. 45 und 46, ausgezogen in Revue des Sciences méd. 7. Jänner 1877], Denig [Ohio med. Recorder, März 1877 und Chicago med. Journ. und Exam. pag. 479, Mai 1877]. In allen diesen Aufsätzen werden die Symptome genau so geschildert, wie von Köbner, und wir können uns des Referates über sie entschlagen. A.)

In Bezug auf den Werth des Arsenik bei Hautkrankheiten stellt Bulkley (6) eine Reihe von Sätzen auf, aus denen wir folgende herausheben:

1. Die mittlere therapeutische Dosis ist $^1/_{24}$ Gran arseniger Säure, die geringste toxische Dosis 2 Gran.

2. In therapeutischen Dosen bringt Arsenik keine langsame Vergiftung hervor, nach jahrelangem Gebrauch summiren sich die Gaben nicht etwa zu einer lebensgefährlichen Wirkung.

3. Arsenik wird schnell durch Darm und Niere ausgeschieden, so dass der Urin nach wenigen Stunden Spuren zeigt. Zwei Wochen nach der letzten Dosis zeigt die sorgfältigste Untersuchung des todten Körpers keine Spur davon.

4. Die erste Erscheinung einer vollen Arsenikdosis ist meist Gefässüberfüllung des Gesichts und der Augen (Conjunctiva). Dies oder geringer Ekel und Diarrhöe gehen stets irgend einer wirklich schädlichen Wirkung des A. voraus.

5. Arsenik soll immer während oder gleich nach einer Mahlzeit gegeben werden, allein oder in einer bitteren Infusion.

6. Laxantia unterstützen die Wirkung.

7. Wenn Urinsediment und Zungenbelag eintreten, soll das Mittel kurze Zeit ausgesetzt und Diuretica gegeben werden. Gut ist es, in dieser Richtung den Arsenik mit einem Alkali (Kali acet., Carb. natr.) oder mit Spir. ammon. arom. zu combiniren.

8. Die besten Präparate sind der Reihe nach: Lösungen von Chlorarsen (De Valangin's Lösung z. B.), arsenigsaurem Kali, arsenigsaurem Natron (Pearson's Lösung) arsenigsaurem Ammonium (Biett's Lösung), arsenige Säure, Jodarsen (Neligan's Lösung), arsenigsaure Eisen- und Chininpräparate, vielleicht auch Chlorphosphat-Arsenik (Routh's Lösung: Rp. Ac. arsenic. 1 Gran, Phosph. $^1/_6$ Gran, Acid. hydrochlor. dil. unc. unam) und Arsenantimon in Lösung.

9. Die Arsenikdosen sollen gesteigert werden, bis physiologische Wirkungen eintreten oder die Krankheit weicht, dann können sie herabgesetzt werden.

10. Der Arsenik muss regelmässig und beharrlich fortgebraucht werden.

11. Arsenik ist von Wirkung bei arthritischen (? A.) Hautausschlägen, bei Hautkrankheiten mit nervöser Grundlage, bei Hautkrankheiten mit periodischem Auftreten z. B. intermittirender Urticaria und

solchen, die mit miasmatischen Einflüssen zusammenhängen; ferner bei Psoriasis, Eczem, Pemphigus, Acne, Lichen in geeigneten Fällen und bei Beachtung der Secretionsorgane und des allgemeinen Gesundheitszustandes; weniger verlässlich ist A. bei Lupus, Ichthyosis, Sycosis, Warzen, Epitheliom und Krebs, gänzlich unwirksam oder schädlich (? A.) bei Syphiliden, thierischen und vegetabilischen Parasiten (mit seltenen Ausnahmen), Aussatz, Elephantiasis Arabum, Purpura, Prurigo, Herpes Zoster, Scleroderma, Molluscum contagiosum und fibrosum, Keloid, Vitiligo, Naevus etc.

12. Locale Anwendung von Arsenik ist nur gestattet entweder in so geringer Stärke und Ausdehnung, dass von der Aufsaugung keine Gefahr zu befürchten ist, oder in solcher Stärke, dass das umgebende Gewebe auf einmal nekrotisch und so die Aufsaugung gehindert wird, z. B. Marsden's Präparat (Rp. Acid. arsenic. 10·0, Muc. gg. Acac. 5·0, misce f. pasta. Siehe Marsden's Abh. über die Behandlung gewisser Formen von Cancer. London 1874. A.)

7. **Halbey.** Ueber eine Scharlachepidemie in den Jahren 1872 und 1873. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. 1877).

8. **Klein:** Pathologische Anatomie des Scharlach. (Lancet I 571, 1877).

9. **Taube:** Beitrag zur path. Anatomie der Morbillen. (Zeitschrift f. prakt. med. Nr. 23, 1876).

10. **Riedinger.** Ergotin gegen erfrorene Nasen. (Vortrag, gehalten in der 4. Sitzung des V. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin am 22. April 1876. — Arch. für klin. Chirurgie. Bd. XX, Hft. 2, 1876).

11. **Milton:** Riesen-Urticaria. (Edinb. med. Journ. CCLVIII. S. 513. — Centralbl. Nr, 20, 1877.)

12. **Bronson.** Ueber gewisse im Sommer 1876 in Amerika vorwaltende Hautkrankheiten (Hitzausschläge). (Arch. of Derm. III. 2. Jänner 1877.)

13. **Cottle.** Der Einfluss der Temperatur auf die Entstehung von „Pompholix der Hand." (The Lancet Vol. I. p. 528, 1877.)

14. **Löwenstamm.** Pemphigus idiopathicus neonatorum. (Med. chir. Centralbl. Nr. 18, 1877).

15. **Dohrn.** Pemphigus acutus neonatorum. (Arch. f. Gynäk. X, 3, 1877.)

Halbey berichtet (7) über eine Scharlachepidemie und macht dabei auf den Unterschied zwischen der malignen Angina und der diphtheritischen Angina aufmerksam. Die äussere Erscheinung des Belages lasse zwar keinen Unterschied erkennen, dagegen aber localisire sich der Process beim Scharlach nur im Halse und in der Nase, während bei Diphtherie auch Trachea, Bronchien, Geschlechtstheile, Conjunctiva und Haut mit ergriffen werden können. Im Halse verbreitet sich der Process bei Scharlach besonders an den Tonsillen, bei Diphtherie auch an der Uvula, den Gaumenbögen, der hinteren Pharynxwand; eine Affection des Kehlkopfes kommt bei Angina scarlatinosa maligna niemals vor, ebenso wenig eine nachfolgende Paralyse. Albuminurie kann bei beiden Formen auftreten, bei Diphtherie finden sich aber selten Exsudatcylinder im Harne und ebenso selten wird Hydrops beobachtet. Die Angina scarlat. maligna tritt meist viel plötzlicher und rapider auf als die Angina diphtheritica und verursacht viel stärkere Schlingbeschwerden.

Klein theilt das Ergebniss seiner mikroskopischen Untersuchungen bei Scarlatina (8) mit, welche an 32 Fällen angestellt wurden, die in verschiedenen Stadien der Krankheit, nämlich vom 2. bis 44. Tage gestorben waren. Die meisten Fälle betrafen das Alter zwischen 2 und 12 Jahren.

Die Veränderungen der Nieren in den ersten Stadien sind: a) Vermehrte Proliferation der Epithelkerne in den Glomerulis der Malpighi'schen Körperchen. b) Hyaline Degeneration der zuführenden Arterien, die unter der Intima beginnt, welche stellenweise zu spindelförmigen Massen geschwellt ist. Eine ähnliche hyaline Degeneration der Capillaren der Malpighi'schen Körper, welche zu einer Undurchgängigkeit des Glomerulus führt und in eine fibröse Umwandlung endet. Die hyaline Degeneration beginnt sehr bald; sie wurde in einem nach zwei Tagen verstorbenen Falle vorgefunden. c) Eine Vermehrung der Kerne in der Muskelschichte der kleinen Arterien, welche besonders bei ihrem Eintritte in die Malpighi'schen Körperchen markirt ist und vom Vf. als Begleiterscheinung der hyalinen Degeneration und durch dasselbe Agens hervorgebracht, angesehen

wird. d) Der als »parenchymatöse Degeneration« bekannte Zustand, mit Schwellung der Harnkanälchen, granulärer Beschaffenheit ihres Epithels, Ansammlung von Körnchen und selbst Blut in der Höhle der Bowman'schen Kapseln und in einigen Harnkanälchen.

Aehnliche Veränderungen wie in den Gefässen der Scarlatina-Niere fand Vf. in den Arterien des Darmes bei Typhus. Vf. hat gleich Klebs Kernwucherung in den Glomerulis ebenfalls beobachtet; doch ist dieselbe keineswegs so constant wie die Veränderungen der Arterien, auf welche die Unterdrückung der Harnausscheidung mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu beziehen ist. Die trübe Schwellung des Harnkanälchen-Epithels ist nur leicht und auf kleine Partien der Niere beschränkt.

Andere Veränderungen wurden in Nieren vorgefunden, die etwa am 9. oder 10. Tage nach dem Beginn der Krankheit untersucht wurden. Am meisten tritt eine interstitielle Infiltration von runden oder lymphoiden Zellen hervor, welche an den Wurzeln der interlobulären Gefässe beginnt, Anfangs nur auf das interstitielle Gewebe und das Marklager beschränkt ist und endlich zur Degeneration führt. In einigen Fällen wurde fertiges adenoides oder lymphoides Gewebe vorgefunden. Die Harnkanälchen sind jetzt mehr geschwellt als im Anfange und durch Lymphkörperchen verschlossen. In einem Falle (ein am 13. Tage verstorbenes Kind) war die interstitielle Infiltration sehr reichlich und herdartig ausgebreitet, einige Arterien thrombosirt. Nach der Natur und Vertheilung der interstitiellen Entzündung in diesem Falle war die ursächliche Beziehung derselben zur Embolie wahrscheinlich. Die Intensität der parenchymatösen Veränderung schien von der interstitiellen abzuhängen. Die interstitielle Nephritis wurde bisher nur als seltener Zustand der Scarlatina-Niere beschrieben. K. glaubt, dass dieselbe eine constante und essentielle Erkrankung ist, welche im Allgemeinen am 9. oder 10. Tage der Scarlatina angetroffen wird.

Die Lymphdrüsen des Halses, die Lymphfollikeln der Zungenwurzel, des Pharynx und Larynx, die Tonsillen waren entzündlich geschwellt, die Lymphkerne vermehrt, einzelne Partien zeichneten sich durch Riesenzellen aus, welche einige Kerne enthielten. In den Cervicaldrüsen wurde eine hyaline Degeneration der Gefässe und grossen Zellen beobachtet. Die Leber war leicht vergrössert, die Leberzellen opak, geschwellt, granulirt; einzelne Gefässe ähnlich wie in den Nieren

verändert; das Bindegewebe der Glisson'schen Kapsel namentlich in der Umgebung der Gallengänge und Gefässe durch Anhäufung von Rundzellen verdickt. In der Milz die Malpighi'schen Körperchen vergrössert, die Centren derselben theilweise degenerirt, manchmal grosse, ein gelbliches Pigment enthaltende Zellen daselbst vorhanden. Auch hier sah man eine hyaline Degeneration der Intima der Arterien, Vermehrung der Muskelkerne ihrer Wandung und hyaline Schwellung und Degeneration des adenoiden Gewebes.

Taube studirte an 22 während einer Masernepidemie verstorbenen Kindern die pathologischen Veränderungen der Lunge bei Morbillen (9) hievon waren 16 an einer Lungenaffection gestorben, welche Vf. als »katarrhalische interstitielle Pneumonie« bezeichnet. Vor Allem fiel die Stärke der Affection auf; manchmal waren die ganzen Lungen auf's vollständigste infiltrirt. Eine Entstehung aus lobulären Processen war meist nicht nachweisbar und sie bot die grösste Aehnlichkeit mit den phthisischen Veränderungen Erwachsener; es zeigten sich jedoch im Gegensatz zur Phthise zuerst und vorzugsweise die unteren Lappen befallen; ausserdem hatten sich die Veränderungen hier in höchstens 8 Wochen entwickelt. Die Lungen collabirten nicht bei der Eröffnung des Thorax, waren anämisch, compact, ohne Luftgehalt, am Durchschnitte meist keine lobuläre Structur; dafür war eine gelbe käsige Masse herdweise vorhanden, stellenweise waren diese käsigen Herde erweicht und bildeten Cavernen bis 6 Ctm. Durchmesser. Die Bronchien zeigten häufig cylindrische oder sackförmige Ektasien mit einem dünnen Schleimhautüberzug und einem schwach putrid riechenden Secrete. Im Gegensatze zu diesem Verhalten der grösseren Bronchien hatten die kleinen eine verdickte feste Wand, die kleinsten stellten fast starre Röhren dar. Die in den oberen Lappen gelegenen Partien liessen ein deutlich lobuläres Auftreten der Erkrankung erkennen. Ganz besonders gut sah man diese Veränderungen an injicirten Lungen. Andere complicirende Erkrankungen waren: lobuläres Emphysem (fast in allen Fällen vorhanden), Pleuritis mit Schwartenbildung. Schnitte durch die blutleeren, grauen, soliden Lobuli zeigen, dass diese Compactheit fast nie in einer Erfüllung der Alveolen ihren Grund hatte; diese zeigten, wenn auch kleiner, immer ein freies Lumen. Viele Capillaren waren blutleer. Der Grund dessen bestand in einer Ansammlung von Zellen

zwischen Capillarwand und Lungenepithel; die Interstitien erschienen hiedurch verbreitert. Die Zellen zeigten die Charaktere von Epithelzellen, waren kleiner als das Alveolarepithel und grösser als die meisten Blutkörperchen. T. glaubt, dass diese perivasculär und peribronchial gelegenen Zellen, welche die beschriebenen Veränderungen hervorriefen, von den Schleimdrüsen der Bronchien herrührten und dass der ganze Process als Adenitis der Bronchialdrüsen aufzufassen wäre. Diese Adenitis zeigte sich an verschiedenen Drüsen sehr mannigfaltig. Manchmal war nur eine stärker entwickelte Zone dunkler Epithelzellen längs der Wandung vorhanden. An anderen erschien diese Zone noch mehr verdickt und die Epithelzellen begannen die Räume der Drüse zu erfüllen. Der raschen Wucherung entsprach nicht der Rückgang in die schleimige Metamorphose. Bisweilen war diese Veränderung nur an einzelnen Läppchen der Drüsen ausgesprochen, während andere derselben frei waren und ein normales Aussehen hatten. Es war ersichtlich, das sich von den Drüsen aus nach allen Seiten Zellenschwärme in die Zwischenräume des Bronchialgewebes eindrängten und dieselben infiltrirten. Die erstaunliche Masse der Zellen, wodurch es zur Verödung ganzer Lungen kommen kann, ist nach dem Vf. nur durch die ausserordentliche Menge der Bronchialschleimdrüsen zu erklären.

Riedinger hat (**10**) in einem Falle von erfrorener Nase gegen die blaurothe Verfärbung mit gutem Erfolge subcutane Injectionen von Ergotin angewendet. Die erste Injection in die Nasenspitze hatte einen geringen Erfolg, das Eingespritzte floss aus dem Stichcanal wieder zum grössten Theile ab; die folgenden erfolgreichen machte Vf. in der Gegend des oberen Drittels der Nase. — R. benutzte die auch von v. Langenbeck gegen Aneurysmen angewendete Bonjean'sche Lösung: Extract. secal. cornut. aq. 2·5, Spir. vini rectific. und Glycerini ana 7·5 und injicirte jedes Mal ein Sechstel der Pravaz'schen Spritze.

Milton (**11**) beschreibt als Riesen-Urticaria eine Form der Urticaria, welche ausser der Haut auch die Zunge, den Schlund, vielleicht auch die Trachea und Urethra ergriff, mit mächtigen Schwellungszuständen einherging und in den bisher beobachteten 6 Fällen des Verf. mit Eczem oder Psoriasis zusammen auftrat. Der erste be-

obachtete Fall betraf einen 34jährigen Mann, welcher nach einem Anfall von Eczem, Kolik und Neuralgie in der Gegend des Lig. Poupartii eine schmerzlose Schwellung bekam, welche bald schwand, um einer anderen halbzollhohen Schwellung unterhalb der Crista ilei Platz zu machen. Diese kroch weiter und schwand am vierten Tage. Dann folgten durch Monate tägliche Eruptionen bald am Körper, bald am Gesicht. Dreimal entstanden mächtige Schwellungen in der Kehle, am Zäpfchen und Gaumen, welche fast zur Suffocation führten. Die stets schmerzlosen Schwellungen waren scharf umschrieben und fest anzufühlen, etwa wie ein contrahirter kräftiger Biceps. Nie waren Jucken, Farbenveränderung, Abschuppung, Fieber oder andere allgemeine Erscheinungen vorhanden. Medicamente waren erfolglos, doch schien Colchicum und Jodkalium den Verlauf abzukürzen. Später blieb der Patient ganz frei von ähnlichen Zuständen. — Der zweite Fall betraf ein 20jähriges, gesundes, junges Mädchen, welches an Eczem litt und sehr häufig eine starke Anschwellung der Stirn und Lider bekam. Seit 18 Wochen waren sie wöchentlich mindestens einmal befallen. Nach 5monatlicher Behandlung konnte sie geheilt entlassen werden. — Der dritte Fall entspricht einer gewöhnlichen heftigen Urticaria. — Der vierte Fall betrifft einen kräftigen gesunden Mann, welcher seit 7 Jahren an Schwellungen des Gesichtes, der Lider, Glans penis und Scrotum litt. Auch Nasenschleimhaut und Zunge wurden stellenweise ergriffen. Das Auge war oft 2—3 Wochen geschlossen. Die Anfälle kamen alle 2—3 Wochen. — Der fünfte Patient, ein 39jähriger Mann, litt 7 Jahre an Schwellungen, welche mit Allgemeinerscheinungen, wie Katarrh, Appetitmangel begannen, worauf Zunge und Rachen schwollen; darauf trat irgendwo eine Hautanschwellung auf. Patient litt an Eczema squamosum. — In dem sechsten Fall eines 34jährigen gesunden Mannes blieb stets das Gesicht frei. Patient litt seit 9 Jahren an Psoriasis und bekam vor drei Jahren zum ersten Male Anschwellungen in Form kleiner Tumoren, welche stärker anschwollen und jedesmal 3—4 Wochen anhielten. — In den letzten Fällen war meist etwas Jucken vorhanden und sie schienen sich auf den Gebrauch von Eisen, Colchicum und Arsenik zu bessern. (Vielleicht wäre es besser, diese harten Oedeme nicht als Urticaria zu bezeichnen — Urticaria ohne Jucken! Der Zusammenhang mit Eczem und Psoriasis war wohl nur ein zufälliger. A.)

Bronson bespricht (**12**) die während des sehr heissen Sommers 1876 in Amerika häufig vorkommenden Hitzausschläge und zwar nur die durch die irradiirte Sonnenwärme, nicht durch die directen Sonnenstrahlen hervorgebrachten acuten Formen (Erytheme etc.). Verf. spricht zunächst von einer zerstreuten Bläscheneruption, besonders an den Händen, welche er mit der Miliaria crystallina (Sudamina Hebra's) und der Dysidrosis von T. Fox (Vgl. dieses Archiv 1873, pag. 556 und 1877, pag. 257) vergleicht, und dann von dem sogenannten »Lichen tropicus« Willan's, der »prickly-heat« der englischen Berichterstatter aus den Tropen. Die Fälle, welche Verf. beobachtete, zeigten spitze, stecknadelkopfgrosse Knötchen, hie und da ein Bläschen tragend, bisweilen in Gruppen stehend, ohne Röthung der Umgebung, mit Jucken und Brennen verbunden. Dazu kam aber in vielen Fällen noch ein pustulöser Ausschlag mit furunculösen, phlegmonösen Infiltraten, welcher neben den Lichenknötchen auftrat. (In Willan findet sich eine Schilderung Hillary's aus Barbadoes citirt, worin ähnliche Infiltrate [lumps] beschrieben werden. A.)

Verf. ist nicht wie T. Fox der Ansicht, dass dieser Lichen trop. von den Schweissdrüsen ausgehe, hält ihn auch nicht für identisch mit der von Verneuil beschriebenen, angeblich auch den Schweissdrüsen angehörigen »Hydrosadénite phlegmoneuse«, wohl aber glaubt er, dass die Talgdrüsen dabei lebhaft betheiligt seien.

(Der »Lichen tropicus« ist offenbar — und das hätte der Verf. kurz sagen können — nichts Anderes, als ein durch Hitze entstandener Knötchenausschlag, wie er auch bei uns als Lichen urticatus, Erythema papulatum etc. vorkommt, zu welchem sich durch Reiben und Kratzen Furunkelbildungen gesellen können, und dessen Uebergang in Eczem bei heftigem Reiz selbstverständlich auch nicht ausgeschlossen ist. Von einer Schweissdrüsenaffection ist sicher nicht die Rede. A.)

Cottle behandelte während excessiver Hitze vom 20. Juni bis 25. August 1876 11 Fälle von „Pompholix der Hand" (**13**). Anfangs erfolgte eine entzündliche Schwellung an den Seiten der Finger und der Hand, die sich besonders zur Dorsalfläche hin erstreckte, mit der Empfindung des Brennens und Juckens. Es erschienen einige Papeln, die sich schnell in kleine Bläschen umwandelten; dieselben wurden bald sehr gross und mit heller Flüssigkeit angefüllt, — in einem Falle erstreckte sich die Blase von der Fingerspitze bis zum Phalango-Meta-

carpalgelenk. — Alle Pat. waren frei von jeder anderen Hautaffection; 9 derselben waren anämisch und schwächlich, unter ihnen fanden sich 8 Weiber. Irgend welche innere oder äussere Ursache für das Auftreten dieser Hautkrankheit konnte nicht gefunden werden; Vf. ist geneigt, die ausserordentliche Hitze als ursächliches Moment heranzuzuziehen. (Es handelte sich vermuthlich um Fälle, die sich von den oben sub 12 angeführten nur durch umschriebene Serumabsonderung unterscheiden; also Fälle von Herpes Iris, u. dgl. wie wohl auch in den von Hutchinson als „Cheiro-Pompholix" und von Tilbury Fox als „Dysidrosis" beschriebenen Fällen. Siehe diese Viertelj. 1877, pag. 257. A.)

Löwenstamm gibt an (**14**), im Vorjahre nicht weniger als 20 Fälle von idiopathischem Pemphigus bei Neugebornen beobachtet zu haben, die in 2 Fällen chronisch wurden und lethal endeten. Er fand den 3. Lebenstag als den frühesten, den 14. als den spätesten des Beginnes der Erkrankung. Vf. glaubt, dass manche Fälle dieser P. durch die Hebammen übertragen worden seien (Vgl. dagegen Bohn, diese Vierteljahresschr. 1876, pag. 443; dafür Dohrn siehe das Folgende A.)

Dohrn berichtet (**15**) über eine Hebamme, welche innerhalb vier Monate 65 Kinder zur Welt befördert hatte, wovon 28 an Pemphigus acutus erkrankten und 8 starben. Meist trat das Exanthem in den ersten zwei Wochen nach der Geburt auf. Die Frau entsagte nun auf einen Monat der Praxis, nahm sie dann wieder auf und von 9 innerhalb 20 Tage geborenen Kindern, bei deren Geburt sie assistirte, erkrankten wieder 3, die alle genasen. Wieder dasselbe Vorgehen und nach neuerlicher Aufnahme der Praxis nach 3 Wochen erkrankten wieder 3 von 6 Kindern, 1 starb. Dann gab sie die Thätigkeit, wie es scheint, definitiv auf.

16. Perroud. Ein Fall von Herpes Zoster des N. glutaeus inferior. (Ann. de Derm. Bd. VIII. Nr. 1, 1877.)

17. Mauriac: Ueber Herpes progenialis neuralgicus. (Gaz. des Hôp. S. 51, 1876.)

18. Desprès. Herpes linguae mit partieller Glossitis. (Gaz. des Hôpitaux Nr. 18, 1877.

19. Sesemann. Das Eczem an Händen und Füssen und seine Behandlung. (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 1, 1877).

20. Bulkley. Ueber die Anwendung des Secale cornutum bei Purpura. (Practitioner. Nov. 1876.)

21. Mouvement médical. Die Stigmatisirte von Bahia. (Nr. 1, 1877.)

Perroud beschreibt (**16**) einen jener seltenen Fälle von Zoster, welche dem Verbreitungsgebiete der Collateraläste des Plexus sacralis entsprechen (nicht des Ischiadicus selbst), von Baerensprung unter dem Namen »Zoster sacro-ischiadicus und sacro-genitalis« subsumirt werden, und nach dessen Darstellung ihre Bläschengruppen dem Verlaufe des N. pudendus mit seinen zwei Endzweigen (perinealis und penis dorsalis), ferner des N. cutaneus posticus magnus entsprechend entwickeln. Diese Zostergruppen können demnach sitzen auf der Haut der Sacralgegend, des Perineums, des Scrotums und der Aftergegend, des Penis und der Glans (grosse und kleine Schamlippen und Scheideneingang), ferner auf der Haut der hinteren Fläche des Oberschenkels und jener des Gesässes.

In einem hieher gehörigen Falle Köbner's (vgl. dieses Archiv, 1873, pag. 579) waren die Gruppen an der linken Seite des Mittelfleisches, der Glans des Penis, der hinteren Scrotalfläche, der Sacralhaut hinab an der inneren hinteren Oberschenkelfläche vertheilt.

In dem Falle von Perroud tritt eine grosse Aehnlichkeit mit letzterem Falle hervor. Er betraf einen 20jährigen Mann mit Lungencavernen, bei dem im Spitale der Herpes auftrat, und zwar in der Gegend des linken grossen Foramen ischiadicum, an der linken Analfalte und dem linken Theil des Perineums, des Scrotums und der Penishaut, endlich im obern hintern Fünftel der Haut des linken Oberschenkels.

(Der Vf. bezeichnet als Sitz der Erkrankung den Nerv. glutaeus inferior oder Ischiadicus minor, indem er den N. cutaneus posterior, welcher mit dem unteren Gesässnerven zugleich unter dem M. pyriformis durch das grosse Hüftloch heraustritt und vor seinem Abgange mit dem Glut. inf. zusammen ein kleines Geflecht bildet, nicht besonders hervorhebt. A.)

Vf. lenkt ferner die Aufmerksamkeit darauf, dass der Kranke 3 Monate lang täglich 5 Tropfen Fowler'sche Tinctur genommen hatte, erklärt sich jedoch nicht mit der von Hutchinson (in Med. Times 1868. A.) ausgesprochenen, auf 8 Fälle gestützten Behauptung einverstanden, dass der längere Gebrauch von Arsenik Zoster nach sich ziehen könne.

Mauriac beschreibt (**17**) eine Anzahl Fälle von Herpes progenialis, in welchen Neuralgien den Ausbrüchen der Bläschen vorausgingen, manchmal während der Eruption bestanden oder dieselbe sogar überdauerten. Unter den Fällen zeigten die meisten vage und irradiirende Neuralgien, Hyperästhesien und Anästhesien einzelner Hautstellen, brennende Hitze, Ameisenlaufen, Pruritus etc., einmal auch Leistenschwellung. Meist war die Belästigung Nachts am stärksten. Es fanden unregelmässige oder regelmässige Intermissionen statt.

Verf. fasst die beschriebene Krankheit als eine Gattung des Zoster auf (mit Bärensprung), indem er auf die begleitenden Neuralgien hinweist. Das Bestehen einer Nervenalteration, wie solche beim Zoster nachgewiesen sind, müsste freilich auch für den Herpes genitalis erwiesen werden. Er glaubt nicht an die reflectorische Entstehung, sondern vermuthet stets materielle Läsionen des Nervensystems. (Dass der Verf. übrigens noch für das Uebel »arthritische« und »herpetische« Constitutionsanomalien voraussetzt, darf uns nicht wundern. A.)

Ein 32jähriger Mann kam, wie Desprès erzählt (**18**), mit einer acuten Glossitis, welche nach einem Excesse in Baccho entstanden war, zur Aufnahme. Einige Blutegel bewirkten rasche Verkleinerung der Geschwulst, welche nur die linke Hälfte der Zunge einnahm. An der gelblich gefärbten Oberfläche der linken Zungenseite sitzen einige Herpesbläschen; am nächsten Tage Herpes labialis der rechten Unterlippenhälfte. Sonst nirgends ein krankhaftes Symptom. Nach wenigen Tagen sind die Bläschen verschwunden.

Sesemann handelt (**19**) über das Eczem an Händen und Füssen, an welchen Stellen am häufigsten das Eczema vesiculosum und pustulosum vorkommen. Die Angabe des Vf. über die Pathologie des Processes entspricht im Ganzen den bekannten Verhältnissen. Was die Behandlung betrifft, empfiehlt Vf. für die rein vesiculöse Form kalte Ueberschläge von Wasser (? A.) oder besser von 4—5procentiger Carbollösung mit etwas Glycerin, zur Verminderung der Schmerzen und zur rascheren Formirung der Blasen. Diese letzteren sollen, so weit sie über Hirsekorn-gross sind, mit der Cooper'schen Scheere angeschnitten werden. (Wozu? A.) Dann bedeckt man sie mit milden Fettsalben und die Heilung ist in 2—3 Wochen fertig. (Das wagen

wir auch bei sachgemässerer Behandlung nicht für alle Fälle zu behaupten. A.)

Die Behandlung der pustulösen Form dauert länger, weil sie öfters durch Nachschübe oder Complication mit Nagelfalzerkrankung erschwert wird. Die Pusteln sollen ganz abgetragen (? A.), nicht blos angestochen, die Krusten aufgeweicht und entfernt werden. Hierauf folgen Verbände mit Glycerin und Carbolsäure, später (früher! A.) mit Hebra's Diachylonsalbe oder was billiger ist, mit Bleiweisssalbe, welcher Carbolsäure zugesetzt ist. Die Anwendung der Salben geschieht in dicken Schichten. Sind die meisten Stellen überhäutet, dann wird bei jedem Verbande vorsichtig mit grauer Seife gewaschen; ist die neue Epidermis fester geworden, so vertauscht man die Salbe mit Oleum cadinum und bedeckt die Stellen mit Kautschukplatten. In 4—5 Wochen ist die Heilung meist erreicht, wenn nicht Granulationen rings um den Nagelfalz, welche einfachem Druckverbande nicht weichen wollen, die Abtragung der seitlichen Nagelränder nöthig machen, was am besten unter Aetherspray nach Esmarch'scher Einwicklung ausgeführt wird. (Die seitlichen Nagelränder abzutragen wird man wohl selten bei Eczem in die Lage kommen. A.).

In 3 Fällen von Purpura sah Bulkley (**20**) vortreffliche Wirkung von Secale cornutum, während dasselbe Mittel bei Scorbut und Hämophilie nach dem Verf. wirkungslos bleibt. Am besten wird es hypodermatisch angewendet, und zwar in Form des flüssigen Extracts, 10—30 Tropfen 2 Mal täglich oder öfter injicirt, oder statt dessen 2—5 Gran Ergotin. Bei solchen Dosen kommt es nie zu Erscheinungen von Ergotismus.

Ueber eine Kranke, welche Aehnlichkeit mit der berüchtigten Louise Lateau bietet, berichtet das »Mouvement médical« aus Bahia (**21**). Ein 32jähriges, seit ihrem 7. Jahre an Nervenzufällen leidendes hysterisches aber nicht ekstatisches Weib bekam in einem hysterischen Anfalle öfter ein Gefühl von Brennen der Haut an den unteren Gliedmassen, dann trat dasselbe auch auf den Armen auf und gegenwärtig fast überall mit Ausnahme der Handflächen und Fusssohlen, selbst an der Conj. palp. (blutige Thränen). Zugleich bisweilen geringe Hämatemesis. Die Stellen sind in der Regel symmetrisch auf beiden Seiten des Körpers. Die schmerzenden Stellen werden geröthet, bedecken

sich mit zarten Schüppchen, unter welchen blutiges Serum tropfenweise herausquillt. Am nächsten Tage ist die Stelle trocken und mit dünner Kruste bedeckt, nach etwa 10 Tagen fällt letztere ab mit Hinterlassung einer gerötheten Hautoberfläche. Niemals wurden Bläschen oder Blasen vorgenommen. Fieber ist nur vorhanden, wenn an einer Stelle zahlreiche Stigmata auftreten.

22. **Broadbent.** Behandlung von Leukämie und Psoriasis mit Phosphor. (Lancet 16. Dec. 1876).
23. **Devergie.** Psoriasis der Zunge. (Union méd. Nr. 153, 1876).
24. **Esoff:** Beitrag zur Lehre von der Ichthyosis und von den Epithelwucherungen bei derselben nebst Bemerkungen über den Haarwechsel. (Virchow's Arch. LXIX. Bd. 3. u. 4. H., 1877.)
25. **Haller.** Ein Fall von Sclerodermie Erwachsener. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. 1877.)

Broadbent schlägt (**22**) zur Behandlung der Leukämie Phosphor vor und gibt bei dieser Gelegenheit an, in einem Falle von desperater Psoriasis nach dem Gebrauche dieses Mittels binnen 8 Tagen das Hautübel verschwinden gesehen zu haben. (Post hoc ergo propter hoc? A.).

Devergie wünscht (**23**) statt des Ausdruckes Psoriasis ling. für die in Rede stehende Affection den Namen »weisse Epithelplaques der Zunge.« Er wendet folgendes Causticum an: Acid. acet. 2·0, Nitrat. hydrg. cryst. 4·0, Aqu. dest. 8·0. Misce.

Esoff (**24**) hat I. die mit ichthyotischen Krusten bedeckte Haut der unteren Extremitäten einer in dem Strassburger pathologischen Institut befindlichen Leiche, welche einem etwa 46jährigen Manne angehörte, untersucht.

Der rechte Unterschenkel, welcher abgemagert war, war von dem mittleren Drittel seiner vorderen und zum Theil auch der äusseren Fläche ab bis zum unteren Ende in einer Länge von 14 Ctm. und einer Breite von 8 Ctm. mit ichthyotischen Krusten bedeckt, welche aus epidermoidalen Massen, theils von schwarzer, theils grauschwarzer Farbe, von 3 Mm. Dicke bestanden und wie verschmolzen aussahen.

Rinnen durchfurchten die ganze erkrankte Partie und theilten dieselbe in einzelne Gebiete von verschiedener Grösse. Die Dicke der Krusten war keine gleichmässige; sie war am beträchtlichsten in der Mitte des Unterschenkels, wo die Schuppen gleichzeitig grösser waren, während sie an der Grenze der erkrankten Stelle bedeutend an Stärke abnahmen, wodurch dem ganzen Theil ein ungleiches hügeliges Aussehen verliehen wurde. Beim Abtrennen dieser Krusten erschien die darunterliegende Fläche uneben mit Vertiefungen und Erhöhungen, denen auf der unteren Fläche der Kruste Erhöhungen und Vertiefungen entsprachen. In der Umgebung des Hauptcentrums der Erkrankung in der Richtung nach innen und hinten war das mittlere Unterschenkeldrittel ebenfalls mit dergleichen Krusten bedeckt, die aber von geringer Dicke und dunkelbrauner Farbe waren, und theils abgesonderte, theils in einander verschmolzene Gruppen darstellten. Die Gefässe der Cutis und des subcutanen Fettgewebes waren erweitert und mit geronnenem Blut erfüllt. Auf den am meisten erkrankten Partien waren keine Haare aufzufinden; auf der hinteren Fläche dagegen, wo die Krankheit nicht so weit vorgeschritten war, waren sie noch zum Theil sichtbar. Die Haut war an der Stelle der Hauptentwicklung des Processes sehr wenig beweglich. Auf dem linken Unterschenkel befand sich der Process in einem früheren Entwicklungsstadium. Hier erschienen die ichthyotischen Krusten in Gruppen von kleinerem Umfange, von hellgrauer oder dunkelgrauer Farbe, sie erhoben sich wenig über der Oberfläche der Haut, ihre Schuppen waren recht klein und an diesem Beine concentrirten sie sich auf das mittlere Drittel des Unterschenkels und zwar auf die vordere und hintere Fläche desselben. Die Haare waren in der ganzen Ausdehnung sichtbar; die Haut auf der ganzen Oberfläche beweglich. In der Umgebung der leidenden Partien war die Haut auf beiden Unterschenkeln pigmentirt, besonders auf der vorderen und hinteren Fläche des obern Drittels.

Die ichthyotischen Krusten zeigten sich an mikroskopischen Schnitten aus über einander geschichteten Hornplatten bestehend, die bald in Gestalt von streifigen, parallel der Haut laufenden Schichtungen auftraten, bald halbkugelige Räume ausfüllten, welche sich zwischen den verlängerten Papillen einsenkten. Die halbkugeligen Räume sind nichts anderes als Austrittsöffnungen der Haarbälge, was durch die Anwesenheit des Haares darin, welches von concentrisch gelagerten Schichtungen umgeben ist, nachgewiesen werden konnte. Der Verhornungsprocess

beschränkt sich nicht bloss auf den Austrittstheil, sondern dringt nicht selten bis zu einer gewissen Tiefe in den Haarbalg ein. Dass die Schichten aus Hornplatten bestehen, davon kann man sich leicht überzeugen, wenn dieselben mit Kali- oder Natronlösung behandelt werden, wobei sie die Gestalt polygonaler Platten, die mit denen der normalen Hornschicht identisch sind, annehmen. Sowohl zwischen den oberen Schichten, wie auch zwischen denjenigen, die an der Grenze des Rete Malpighii liegen, finden sich in grösserer Menge Pigmentkörnchen theils gesondert, theils in kleineren Häufchen. Bei der Einwirkung von Ferrocyankalium und Salzsäure auf diese Pigmentkörnchen färben sie sich mit blauer Farbe — eine Reaction, welche an ihnen einen Eisengehalt nachweist. Die Hautpapillen erscheinen verlängert und verschieden gestaltet: bald eng und nach oben zugespitzt, bald abgerundet und erweitert. Die Gefässe der Papillen sind erweitert und gewunden und erscheinen in den oberen Theilen der Papillen geschlängelt. Die Gefässe der Pars reticularis cutis bieten verschiedene Veränderungen dar, bei den Arterien sind Adventitia und Media verdickt, weniger bei den Venen, am stärksten aber ist bei beiden der Process in der Intima. Die Intima der Arterien entwickelt sich so stark, dass sie fast ebenso mächtig wie die Media erscheint. Innen ist sie mit Endothel, welches keine Veränderungen zeigt, bekleidet. Diese Veränderungen bedingen eine Verdickung der Arterie, ohne ihr Lumen zu verengern. Bei den Venen zeigt die Intima sehr dünne Fasern mit zahlreichen runden oder spindelförmigen Zellen und ist so sehr entwickelt, dass sie das Lumen des Gefässes bis zu einem sehr kleinen Durchmesser verringert oder in anderen Fällen das Gefäss vollständig verstopft (Endarteriitis und Endophlebitis obliterans). Die pathologischen Veränderungen der Schweissdrüsen erscheinen von zweierlei Art. Die erste Art der Veränderungen ist durch die Wucherung des Epithels des Ausführungsganges und der Drüse selbst charakterisirt; in Folge davon kommt es zu einer Verstopfung der Drüse und zur Bildung von Cysten. Die zweite Art bietet einen interstitiellen Process dar, welcher die Bildung hyaliner Cylinder verursacht. Die Talgdrüsen verlieren ihren acinösen Charakter und bieten ebenfalls zweierlei Veränderungen dar. Bei der ersten Art bekommt die Drüse das Aussehen einer Cyste, deren Umfang der dreifache ist im Vergleiche mit dem normalen Zustande. Die Veränderungen der zweiten Art sind folgendermassen charakterisirt: die Talgdrüsen erscheinen in der Gestalt von 2, 3, manchmal 4 kleinen Körpern, die

neben dem Haarbalge liegen und mit ihm in unmittelbarer Verbindung stehen. Die Musculi arrectores pili sind verdickt, verlängert und nehmen in der ichthyotischen Haut eine fast horizontale Lage ein. An der Ansatzstelle des M. arrector pili an den Haarbalg befinden sich epitheliale Auswüchse von verschiedener Form und Grösse, bisweilen nahe ihrem Ende sich einziehend und wieder verbreiternd, als Fortsetzungen der äusseren Wurzelscheide. Diese haben sehr häufig an ihrem Ende einen oder mehrere scharfbegrenzte Hohlräume; die den Hohlraum bekleidenden Epithelialzellen verflachen und verlängern sich, ihre Kerne werden oval oder gänzlich unsichtbar; der Hohlraum selbst erscheint bald von concentrisch gelagerten Hornplatten oder, allerdings viel seltener, von einer feinkörnigen Masse erfüllt. Der Hohlraum ist hier allerdings nur ideell vorhanden, indem derselbe von dem geschichteten perlartigen Körper aus Hornplatten gänzlich eingenommen wird. Eine andere Art der Veränderung der Haarbälge besteht in einem Zusammenschrumpfen. Nach dem Ausfallen des Haares treten nämlich die gegenüberstehenden Theile der Wurzelscheide mit einander in unmittelbare Berührung und bilden ein gleichmässiges, schräges, welliges, ziemlich breites Band, an dessen Seiten sich Talgdrüsen befinden. Dieses Band besteht aus denselben Epithelialzellen, wie die normale Wurzelscheide. Die Aenderung des Haares selbst beginnt damit, dass es sich spiralförmig windet und der Verf. stellt sich die Sache so vor, dass nach der Verhornung der Wurzel des spiralartig gewundenen Haares eine weitere Verhornung eintritt, an welcher auch die inneren Zellen der äusseren Wurzelscheide betheiligt sind.

Als Verf. ähnliche Auswüchse bei Ichthyosis fand, fühlte er sich veranlasst, zu untersuchen, ob nicht auch in der normalen Haut derartige Auswüchse existiren. Kleine Fortsätze der äusseren Wurzelscheide waren schon längst bekannt. Bei diesen Untersuchungen der normalen Haut hatte Verf. stets Gelegenheit, Epithelialauswüchse, welche der äusseren Wurzelscheide entsprangen, zu beobachten, die ihrem Charakter nach in zwei Gruppen getheilt werden können. Der ersten Gruppe von Auswüchsen gehören solche an, welche unabhängig vom M. arrector pili sind. Hieher gehören die von Neumann bei Lichen ruber als pathologisch beschriebene Auswüchse, deren Identität mit den schon längst von Wertheim als normal beschriebenen Auswüchsen in der Haut d. Mons Veneris der Verf. nachweist. Dieselben erscheinen in Gestalt eines länglichen Auswuchses, welcher einen Haarschaft enthält.

Die zweite Gruppe von Auswüchsen ist durch den Sitz an der Insertionsstelle des M. arrector pili charakterisirt. Auch diese Auswüchse entspringen der äusseren Wurzelscheide und sind deren unmittelbare Fortsätze. Zu dieser Gruppe von Auswüchsen zählt Verf. auch die von Gay und Derby bei Prurigo beschriebenen, sowohl wegen ihres Sitzes wie auch ihrer Grösse.

Verf. geht nun zur Frage über, worin eigentlich das Wesen des Processes beruht und betont scharf, dass es unmöglich ist, die Zunahme der Malpighischen Schicht, besonders bei Processen, welche mit einer Verlängerung und Erweiterung der Papillen verbunden sind, stricte zu beweisen, da die Mächtigkeit dieser Schicht schon in der normalen Haut bei verschiedenen Individuen eine verschiedene ist. Da aber nachgewiesen wurde, dass die normal schon vorkommenden Auswüchse der äusseren Wurzelscheide an der Ansatzstelle des M. arrector pili bei der Ichthyosis stark hypertrophiren, so glaubt der Vf. bei Ichthyosis dennoch auf eine verstärkte bildende Thätigkeit der Zellen der Malpighi'schen Schicht überhaupt und aus demselben Grunde auch auf eine Verstärkung des Verhornungsprocesses schliessen zu dürfen. Was die beschriebenen Veränderungen der Gefässe anbetrifft, so hat Verf. dergleichen auch bei anderen chronischen Hautkrankheiten zu beobachten Gelegenheit gehabt. So bei Elephantiasis eine Veränderung der Arterien, wobei die ganze Intima aus dicken Bindegewebsfasern bestand und auf diese Weise das Lumen der Gefässe vollkommen verstopft war. Verf. erklärt somit den Process der Ichthyosis dahin, dass er in einer gesteigerten Anbildung von Epithelialzellen mit gleichzeitig verstärkter Neigung derselben zur Verhornung besteht. Dabei kann eine übermässige Secretion der Talgdrüsen unmöglich eine wesentliche Rolle spielen, da dieselben entschieden verkleinert oder in Cysten umgewandelt, somit jedenfalls ihrer secretorischen Function fast ganz verlustig gegangen sind.

II. Was den Haarwechsel betrifft, beginnt nach Esoff der Process meistens mit der Bildung eines Auswuchses aus der äusseren Wurzelscheide. Je nachdem dieser am oberen oder unteren Theile des Haarbalges entsteht, ist auch seine Entwickelung eine etwas verschiedene. Wo er jedoch entstehen mag, es tritt in ihm eine Differenzirung der Zellen ein, so dass die äusseren die äussere Wurzelscheide bilden während die inneren die innere Wurzelscheide liefern. Bevor aber diese Differenzirung stattgefunden hat, entsteht aus dem den Auswuchs um-

gebenden Bindegewebe eine Papille; bei weiterem Wachsthum des Auswuchses ist in ihm schon ein völlig ausgebildeter Haarschaft zu sehen. Somit präsentirt bereits in der ersten Zeit seiner Entwicklung der Auswuchs ein vollkommen gebildetes Haar mit Papille, mit einer äusseren und inneren Wurzelscheide und dem Schaft. Das weitere Wachsthum dieses neugebildeten Haares hängt vom Sitz ab, d. h. davon, in welchem Theile der äusseren Wurzelscheide und unter welchem Winkel zum älteren Haarbalge es zur Entwicklung gelangt. Hat es sich im oberen Theile und unter einem grossen Winkel zum alten Haar gebildet, so wächst es an seiner Verbindungsstelle mit diesem vermittelst seiner äusseren Wurzelscheide zusammen, durchbohrt die äussere Wurzelscheide des alten Haares und tritt mit diesem letzteren gemeinschaftlich an die Oberfläche heraus. Entwickelt es sich aber unter einem kleinen Winkel, so durchbohrt es die äussere Wurzelscheide des alten Haares, verwächst mit derselben und vollendet darin sein Wachsthum, ohne den Haarschaft des alten Haares zu berühren. In beiden Fällen kann das Wachsthum des alten Haares ungehindert bleiben. Wenn dagegen das neue Haar sich aus dem unteren Theile der äusseren Wurzelscheide und unter einem kleinen Winkel gegen den alten Haarbalg anbildet, so wächst es darin ebenfalls bis zur Oberfläche. In dem Falle endlich, wo das neugebildete Haar den untersten Theil des alten Haarbalges, nämlich die Gegend der Haarzwiebel durchbohrt, erleiden in Folge des von ihm hervorgerufenen Reizes die Epithelialzellen der Haarzwiebel eine Verhornung, die Papille wird atrophisch, die äussere Wurzelscheide des neuen Haares verwächst mit der des alten und das wachsende junge Haar fährt fort, im alten Haarbalge zu wachsen, indem es das alte Haar mit seiner inneren Wurzelscheide ausstösst. — Aussere Einflüsse begünstigen das Ausfallen des alten Haares. Verf. erklärt sich somit dahin, dass eine Neubildung der Haarpapille ganz im Anfang des Haarwechsels auftrete und dass der »Haarkolben«, in welchen sich das alte Haar nach Stieda (Archiv f. anat. Phy. 1867) verwandelt haben soll, nur als schräger Durchschnitt des alten Haares zu betrachten sei. Das »Schalthaar« von Goette (M. Schultze's Archiv Bd. IV) sei in ähnlicher Weise ein Durchschnitt des alten Haarbalges mit dem vermittelst eines Auswuchses gebildeten jungen Haare. Das »Beethaar« von Unna endlich (Vgl. diese Viertelj. 1876, pag. 407) könne als ein junges Haar, welches in der äusseren Wurzelscheide des alten Haares wächst, an-

gesehen werden, während die untere Partie des alten Haarbalges weggeschnitten ist.

Einen neuen Fall von Sclerodermie beschreibt Haller (**25**) an einem 19jährigen Mädchen, welches seit einem Jahre menstruirt ist. Im Laufe einiger Tage wurde die Haut am Halse, Brust, Oberarm, Kiefergegend fahl, gelblich, zeigte sich straff gespannt, nirgends in Falten zu erheben. Beweglichkeit beim Kauen, Erheben der Arme etc. herabgesetzt. Sensibilität normal. Unter dem Gebrauch von Bädern, roborirender Diät etc. trat nach einem halben Jahre Besserung ein. Einige Härte blieb am Halse dauernd zurück. (Die Casuistik der Sclerodermie ist nunmehr reich genug, um auf die noch nicht ganz abgelaufenen Fälle verzichten zu können. A.)

26. Neumann I. Ueber primäre lupöse Erkrankung des Auges. (Wiener med. Pr. Nr. 2 und 3, 1877).
27. Piffard. Ein Fall von Lupus erythematosus des Penis. (Arch. of Derm. Nr. III, 1877).
28. Fox Tilbury. Ueber die Aleppobeule. („Oriental Sore, Delhi Boil«, Lancet Nr. 14, 1877.)
29. de Figueiredo: Ainhum. (O Correio med. de Lisbõa Ńo. 21. 1876. Centralbl. f. Chirurgie Nr. 19, 1877.)
30. Bulkley. Zwei Fälle von Morphaea. (Arch. of Derm. III. 2. Jänner 1877.)
31. Munro. Zur Aetiologie und Geschichte des Aussatzes. (Edinb. med. Journ. Sept. 1876).
32. Wernher. Papillom und Epitheliom der Fusssohlen. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. V., 6, 1876).

I. Neumann stellt (**26**) Fälle von primärem Lupus conjunctivae aus der Literatur zusammen und fügt einen eigenen hinzu. Bei einem 22jährigen Weibe trat die Wucherung als erbsengrosse Geschwulst im inneren Winkel des linken Auges auf, die Wucherungen breiteten sich auf die Conj. palp. infer., dann auf die Hornhaut, ferner auf das obere Augenlid aus. Der Bulbus verwuchs mit dem Lide. Nach 3 Jahren erkrankten auch Nasenspitze und Nasenflügel, während das Auge atrophirte. Schliesslich war totales Symblepharon beider Lider vorhanden, alle Conjunctivalflächen sind über dem Bulbusstumpf

mit Knoten besetzt, welche die bekannten histologischen Kennzeichen des Lupus trugen.

Piffard beschreibt (27) einige ringförmige Flecke theils auf der Glans theils auf der Vorhaut eines 28jährigen Mannes, welche seit 5 Jahren bestehen sollen. Die Ränder stellten etwas erhabene, rothe, schuppige Kreissegmente dar, die Centra waren wenig verändert, nur blass und verdünnt. Vf. schwankte anfangs in der Diagnose zwischen Herpes tonsurans und Lupus eryth.; zog aber schliesslich letztere Annahme vor, trotzdem sonst nirgends Lupusplaques nachweisbar waren. Er excidirte die Flecken theilweise und jene auf der Glans zerstörte er auf galvanocaustischem Wege.

(Wir zweifeln sehr an der Richtigkeit der Diagnose, da wir in einer Anzahl von Fällen, die genau der obigen Schilderung entsprachen, die syphilitische Natur des Leidens (analog den auf der Zunge vorkommenden, von den Autoren als Psoriasis linguae syph. beschriebenen Epitheltrübungen) mit Sicherheit feststellen konnten. In dieser Beziehung ist jedoch vom Vf. des Aufsatzes, soweit dies aus seiner Darstellung hervorgeht, keine Nachforschung oder Untersuchung gepflogen worden. Die beigegebene histologische Zeichnung kann für Allerlei passen. A.)

Geber hat in dieser Vierteljahresschr. (1874, pag. 445) bekanntlich den selbständigen Charakter der Aleppobeule als fraglich erklärt. Nun publicirte T. Fox (28) den amtlichen Bericht von Lewis und Cunningham über diese Krankheit, welche dieselbe dem Lupus nahestellen (Lupus endemicus), aber von Syphilis oder Scrophulose nichts wissen wollen. Fox stellt für seine Person auch den lupösen Charakter des Uebels entschieden in Abrede. Dass die Zusammensetzung des Trinkwassers und dessen Salzgehalt einen wesentlichen Einfluss auf das Zustandekommen des Leidens übe, wird auch in diesen Publicationen festgehalten.

Bei Gelegenheit eines der Akademie der Med. zu Rio Janeiro vorgestellten Falles schildert Figueiredo (29) den Verlauf des Ainhum, der mit Bildung einer anfangs schmerzlosen Schrunde in der Plantarfurche der Grundphalanx der kleinen Zehe an einem oder beiden Füssen beginnt. Allmälig vertieft sich die Schrunde und umgreift circulär den

ganzen Umfang der kleinen Zehe, welche oft um das Dreifache vergrössert, von den übrigen Zehen abstehend erscheint und schliesslich nur durch einen kurzen Stiel mit dem Fuss zusammenhängt. — Je länger die Dauer des Leidens, desto kürzer und dünner wird der Stiel und desto mehr scheint er hineingezogen in die Masse der knollenartig veränderten, an ihrem Ansatzpunkt allseitig beweglichen Zehe. — Die Sensibilität ist bedeutend vermindert. Die Haut der Zehe meist hypertrophirt, rauh und runzlig, selten geschwürig, der Nagel nach aussen verdreht. Nur in der primären Furche bestehen öfter missfarbige Geschwüre mit jauchiger Absonderung. Der Gang wird sehr beschwerlich. Doch kommt die Krankheit meist nur in den letzten Perioden zur ärztlichen Behandlung, wenn die Patienten durch Schmerzen hierzu gezwungen werden. Am häufigsten warten die Kranken den spontanen Abfall der Zehe ab, oder versuchen selbst durch oft sehr rohe Mittel sich von dem lästigen Anhängsel am Fusse zu befreien. Krankheitsdauer 1—10 Jahre.

Vf. will Ainhum weder mit Gafeira, noch mit Lepra dactylina, noch mit Bouba, noch mit Radesyge, Sclerodermie oder symmetrischer Gangrän verwechselt wissen. Die Therapie ist in den vorgeschritteneren Stadien der Krankheit machtlos. Einen Heilerfolg im Beginn des Leidens durch Débridement des constringirenden Ringgeschwürs hat da Silva Lima in der Gaz. méd. de Bahia 1876. 10. Jan. beschrieben. (Vgl. da Silva Lima dieses Archiv 1870, pag. 289 und Wucherer und Schüppel ebenda 1873, pag. 583.)

Bulkley beschreibt (**30**) zwei Fälle von sog. Morphaea, d. i. einer Hautkrankheit, welche dem »wahren Keloid« Addison's mit Ausschluss der Sclerodermie entspricht, aber nach dem Verf. nicht, wie geglaubt wurde, mit dem Aussatze irgend einen Zusammenhang hat. (Vergl. hierüber Fox, diese Viertelj. pag. 280, 1877.)

Die Fälle sind folgende:

I. Ein 10jähriges Mädchen, deren Eltern und Geschwister an keiner Hautaffection leiden, bekam über dem rechten Trochanter vor 15 Monaten einen Fleck, dann über dem linken Trochanter und bald einen über dem Kreuzbein. Jeder hatte $1^1/_2$ bis 2 Zoll im Durchmesser, war von gelblichweisser Farbe mit rosenrothem Rande. Die Haut, dick und steif, kann nicht gefaltet werden, die Oberfläche ist zart, ohne Schuppung, nicht erhaben. Auf der rechten Zehe zeigte sich auch ein

unregelmässiger solcher Fleck, dessen Farbe durch Druck nicht geändert wird, wohl aber jene des rosenrothen Randes. Während der Beobachtungszeit traten solche Flecke noch an verschiedenen Stellen des Körpers auf, dieselben schienen sich trotz der Behandlung nicht viel zu verändern.

II. Ein 30jähriges lediges Weib bekam den ersten Fleck in der rechten Kniebeuge, in Form einer unregelmässigen, aber deutlich umrandeten, verdickten, lederartig, speckig anzufühlenden, nicht faltbaren, billardballgelben Plaque mit helleren und dunkleren Partien und rosenrothem Rande. Einige mehr excentrische Stellen sind marmorweiss, die centralen dunkler. Nach drei Wochen zeigte sich eine strangförmige Masse an der Innenfläche der Extremität (von der Entfärbung ausgehend? A.). Nach und nach wurden die Flecke weicher, weniger entfärbt. So verhält sich der Fall noch jetzt, Locomotionshindernisse oder gar Contractur war nie vorhanden.

Vf. zieht schliesslich die Differenzialmomente zwischen Morphaea und Sclerodermie, dann Leucoderma, Lepra und endlich Syphilis in Betracht. In ersterer Beziehung betont er besonders das Fehlen des erythematösen Randes und die Neigung zur Contractur und Atrophie des subcutanen Gewebes und der Muskeln bei letzterer gegenüber der Morphaea, während wieder bei Leucoderma die Verdickung des Hautgewebes fehlt und der Hals nicht rosenroth, sondern braun ist und bei Druck nicht verschwindet. Die Flecke der anästhetischen Lepra sind nicht härtlich, wachsartig, wie bei Morphaea, ferner kommen dabei die bekannten anderen Symptome des Aussatzes vor und sind die endemischen Verhältnisse massgebend. Vf. behandelte beide Fälle mit milder Quecksilbersalbe. Vielleicht, so meint er, wäre Jod innerlich von Nutzen.

Munro hat (**31**) in den Tropen an verschiedenen Orten Lepra beobachtet. Wir heben nur bezüglich einer von Bakewell erst jüngst aufgestellten Behauptung hervor, dass der Vf. die Lepra nicht für übertragbar durch Vaccination hält.

Wernher beschreibt (**32**) zwei Fälle von Epitheliom der Fusssohle, welche sich an einen Fall von Schumacher und einen von Volkmann anschliessen. Die Neubildung entwickelte sich aus einfachen Hypertrophien der Papillen der Oberhaut und nahm erst später

den epitheliomatösen Charakter an. Beide Fälle wurden, einer durch das Messer, der andere durch Kali caust. geheilt.

33. Duhring. Ein bärtiges Weib. (Arch. of Derm. Nr. III, 1877).
34. Campana. Ueber gewisse Naevi materni. (Giorn. It. delle mal. ven. e della pelle, October 1876.)
35. Sherwell. Tättowirung von Naevi. (Amer. Arch. of Derm. Nr. III, 1877).
36. Küstner. Ein bisher noch nicht praktisch verwerthetes Merkmal der Unreife eines Kindes. (Centralb. f. Gynäkologie Nr. 9, 1877.)
37. Hillairet. Waschmittel bei Acne. (L'Union méd. 30. Jänner 1877).
38. Hildebrand: Zwei Fälle von abnormer Schweissabsonderung an den Händen nach Unterdrückung der Fussschweisse. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. 1877.)
39. Delthil. Ein Fall von Chromidrose. (France méd. Nr. 24, 1877).
40. Kuester. Salicylsäure gegen profuse Fussschweisse. (Med. Centralz. Nr. 82, 1876.)

Duhring beschreibt (**33**) ein bärtiges Weib von 23 Jahren, dessen Bart schon in frühester Jugend sprosste und jetzt einen schwarzen, reichen, schön gepflegten Vollbart sammt Schnurrbart darstellt, welcher sammt dem lockigen Haupthaare und den feinen Gesichtszügen der Frau einen keineswegs unangenehmen Anblick darbietet. (Das Portrait ist beigegeben). Sie ist im Uebrigen im Vollbesitze aller weiblichen Geistes- und Körpereigenschaften, seit ihrem $17^1/_2$ Jahre verheirathet, war Mutter zweier normal beschaffener Kinder, welche jedoch an Scharlach starben. Auf dem Stamme und den Gliedmassen finden sich Haare, wenn auch nicht in stärkeren Quantitäten, in einzelnen Büschelchen zerstreut.

In einer ausführlichen, mit Lithographien versehenen Abhandlung führt Campana (**34**), sich auf die Angaben von Baerensprung und Theodor Simon (d. Archiv 1872) stützend, 12 Fälle von Naevus aus seiner Erfahrung vor, in welchen er einen Zusammenhang der

Hautveränderung mit Nervenzweig - Territorien nachweisen zu können glaubt, und zwar:

1. 1. und 2. Ast des Trigeminus (links),
2. 2. Ast des Trigeminus (links),
3. 2. und 3. Ast des Trigeminus (links),
4. 1. und 2. Ast des Trigeminus (beiderseits),
5. Hautäste des 3. und 4. Cervicalnerven und des 3. Astes des Quintus (rechts),

5 b. Plexus brachialis (rechts),

6. Ein vorderer Intercostalnervenast (links),
7. Hintere Spinalnervenäste (beiderseits),
8. Hautäste des 1. Lumbalnerven (rechts),
9. Hautnerven des Praep. clitoridis vom. N. pudendus,
10. Cruralnerv (rechts),
11. Hautäste vom Plexus sacro-ischiadicus (beiderseits).

Ferner 13 andere, die vom Autor ausser der Angabe des Sitzes nicht genauer beschrieben werden.

Den Zusammenhang gewisser Naevi mit der Nervenvertheilung (wenn auch nicht immer vom Centralnervensystem abhängig) stellt der Verf. gleich v. Baerensprung und Simon als erwiesen dar, freilich nur insofern, als er sich mit Gamberini's Annahme (in einem Referat über Simon's Arbeit: Giorn. It. delle mal. ven. etc. 1875) eines gewissen Einflusses der Nerven auf ihre Entstehung zufrieden gibt.

Die Einwendungen, welche de Amicis und O. Simon gegen die Nerventheorie später gemacht haben, sucht der Verf. zu entkräften und gelangt zu folgendem Schlusssatze: »Gewisse Naevi sind entsprechend sensiblen Nervenästen angeordnet. Die Ursache davon ist wahrscheinlich eine Störung der vasomotorischen und vielleicht der »trophischen« Nervenäste während des Fötallebens. Diese Art Naevi ist häufiger, als jene, welche »scheinbar« diesen Gesetzen nicht entspricht.«

Sherwell behandelt Naevi (**35**) durch Tättowirung mittelst zusammengebundener Nähnadeln (Nr. 6 oder 5), welche früher etwas geschärft worden sind, und deren Spitzen etwa $^1/_{16}$ Zoll von einander entfernt sind. Er taucht sie in 50% Carbolsäurelösung oder 25—40% Chromsäurelösung. Nach der Operation wird mit Alkohol ausgewaschen und sofort mehrere Lagen Collodium aufgetragen. Die Operation kann

nach 8—10 Tagen wiederholt werden. Vf. gibt an, in 5 Fällen günstige Erfolge erzielt zu haben. Er schlägt auch noch vor, den Versuch zu machen, eine andere Färbung durch Einführung unlöslicher Bleisalze und dgl. zu erzielen. Zur Anästhesirung verwendet er den Aetherspray.

Allen Geburtshelfern sind die weissen Punkte bekannt, welche jedes Neugeborne auf seiner Nasenspitze mit zur Welt bringt. Dieselben stellen Ectasien der Talgdrüsenausführungsgänge dar und sind nach Küstner (**36**) am besten als weisse Comedonen zu bezeichnen.

Bei manchen Kindern nun sieht man ähnliche weisse Punkte nicht nur auf der Nase, sondern auch über andere Stellen des Gesichts verbreitet, nach der Seite, den Wangen, nach der Stirn zu und besonders stark auf Unterlippe und Kinn. Auch diese über das übrige Gesicht zerstreuten weissen Punkte sind Folliculareectasien, durch Secretpfröpfe erzeugt, unterscheiden sich jedoch von den constanten auf der Nase durch ihren weiteren Verlauf sowohl als auch durch ihr anatomisches Verhalten, sie lassen sich besser den Miliumformen anreihen. Nun hat K. gefunden, dass je näher von einer gewissen Fötalperiode (etwa der 30. Woche an) zum Termine der Austragezeit sich ein Kind befindet, um so weniger zahlreich diese Folliculareectasien sind, derart, dass sie beim ausgetragenen etwa nur die Nasenspitze bedecken und dass ein Kind, je früher es — etwa bis zur 30. Woche rückwärts — geboren wird, um so massenhaftere Miliumbildung hauptsächlich in der Umgebung des Mundes trägt.

Gegen Acne empfiehlt Hillairet (**37**) folgende Waschung: Rp. Borac. ven. 15·0, Aetheris sulf. 10·0, Aqu. dest. 250·0 —. Misce. (Nicht gerade neu. A.)

Hildebrandt (**38**) erzählt folgende Fälle von angeblich vicarirender Schweissabsonderung: Der Musketier H. hatte von Jugend auf an schweissigen Füssen gelitten; besonders war die Excretion zwischen den Zehen so stark, dass die Haut derselben wie ausgelaugt erschien und zeitweise ihm heftige Schmerzen daraus erwuchsen. Der Geruch war widerwärtig. Vom 15. Juni bis 8. Juli wurden seine Füsse 7mal gepudert, die beiden ersten Male mit einer Mischung von 2 Theilen Salicylsäure und 98 Theilen Thon,

die letzten 5 Male mit einer Mischung von 4 Theilen Salicylsäure, 86 Theilen Talk und 10 Theilen Stärkemehl. Danach verlor sich der Fussschweiss, stellte sich aber während des Manövers wieder ein. Am 13. und 19. August wurde er wieder mit der zuletzt angewandten Mischung behandelt. Bei der am 21. stattfindenden Untersuchung machte er auf seine Hände aufmerksam, welche seit der letzten Anwendung des Präparates trieften, während die Füsse fast gar nicht, selbst während der anstrengenden Märsche in glühender Sonnenhitze schwitzten. Verf. sah ihn am genannten Tage, nachdem er sich eine Stunde nach dem Marsch ausgeruht hatte. Sein Gesicht war trocken, die Haut des Rumpfes wenig feucht, nur die Handteller waren nass, als wenn er sie in Wasser getaucht hätte.

Dieselbe Erscheinung bot ein anderer Musketier A., als Verf. ihn am 23. August untersuchte, nachdem er am 13. und 17. August ebenfalls wegen Fussschweiss eine Mischung von 2 Theilen Salicylsäure, 10 Theilen Stärkemehl und 88 Theilen Talk erhalten hatte. Die Schweissexcretion der Hände verhält sich bei ihm ebenso wie bei Jenem, nur war die der Füsse nicht so sehr unterdrückt. (Ob nicht beide Musketiere auch früher schon hie und da an den Händen geschwitzt haben? A.).

Delthil fand (**39**) bei einer 16jährigen Näherin an den Augenlidern eine blauschwarze Färbung, welche die Wäsche färbte. Sie entstand intermittirend, ohne Beziehung zu den Menses. Zugleich verlor Pat. ihre Nägel und litt an epileptischen Anfällen mit hysterischem Gesammtcharakter.

Kuester wendet (**40**) gegen profuse Fussschweisse Salicylsäure in folgender Verschreibung an: Rp. Acidi salicyl. 10·0, Talc. praep. 50·0, Amyli oryz. 15·0, Saponis 5·0. Misce f. pulvis ad inspergendum. Nach 2—3 Einstreuungen verschwindet der üble Geruch und nach kurzer Zeit hört die Uebersecretion von Schweiss gänzlich auf. (Wir haben von Salicylsäure keine solche Wirkung beobachten können. A.).

41. Michelson. Die Oberhaut der Genitocruralfalte und ihrer Umgebung als Brutstätte von Oxyuris vermicularis. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33, 1877).

42. Lewin. Ueber Cysticercus cellulosae und sein Vorkommen in der Haut des Menschen. (Charité-Annalen. II. Jahrg. 1877).

Michelson constatirte (**41**) bei einem 13jährigen Knaben Eczema intertrigo der Haut der Genitocruralfalte und eines Theiles der Scrotal- und Oberschenkelhaut, welches eine mit feinen, stark gerötheten Pünktchen besetzte, nässende, fötide, mit macerirten Epidermisfetzen besetzte Fläche darstellte, die von einer schmalen, gerötheten, schuppenden, allmälig in die gesunde Haut übergehenden Hautzone umgeben war. Die Epidermis nun erwies sich von zahllosen Eiern von Oxyuris vermicularis durchsetzt. Der Knabe litt seit langem an Oxyuris; die geschlechtsreifen Oxyurisweibchen dürften mit Fäcalflüssigkeit vermittelst des Hemdzipfels vom Mastdarm nach vorne gelangt sein. Vf. schliesst sich der Ansicht an, welche Leukart über das Gelangen von Rhabditiden aus thierischen Abfällen auf Epidermis ausspricht, indem er den pathologischen Zustand der Haut für das Primäre und höchstens für den Anlass zur Ueberwanderung des Thieres erklärt.

Drei von Lewin (**42**) beobachtete Fälle von Cysticercus in der Haut bilden den Gegenstand einer Abhandlung, welcher wir die Krankengeschichten und die Bemerkungen des Vf. über die diagnostische Bedeutung der Hautcysticercen entnehmen:

Der erste Kranke, ein 22jähriger Strassenfeger, zeigt eine kleine Anzahl kirschkern- bis haselnussgrosser in der Haut sitzender Geschwülste in der Mitte des Rückens, in der Regio hypogastrica dextra und in der Haut über dem rechten Glutaeus. Die Gestalt der grösseren ist länglich oval, die der kleineren rund. Ihre Consistenz ist eine prall-elastische. Selbst bei ziemlich starkem Drucke empfindet der Patient keinen Schmerz; spontan soll von Zeit zu Zeit Schmerz auftreten. Die Geschwülste sind derartig gelagert, dass sie zwischen Haut und subcutanem Gewebe ein wenig hin- und herverschoben werden können. Die sie bedeckende Haut ist nicht geröthet.

Die Tumoren waren von dem bis dahin behandelnden Arzte als syphilitische Gummigeschwülste angesehen worden. Es wurde ein Tumor, welcher in der Regio hypogastrica dextra sass, exstirpirt und ergab die mikroskopische Untersuchung, dass derselbe einen Cysticercus cellulosae enthielt. Man erkannte deutlich die binde-

gewebige Hülle und die zartwandige, etwas wellig geformte Blase mit wässrigem Inhalte. Die durch die Blasenmembran durchscheinenden weissen, mattglänzenden Pünktchen enthüllten sich dem Mikroskope als aus 4 Saugnäpfen und einem etwa 30 Häkchen enthaltenden Kranze bestehend. Der mit relativ langem Halse versehene Kopf war in die Schwanzblase eingestülpt. Auf weiteres Befragen gab der Patient an, oft an Kopfschmerz zu leiden. Derselbe trete meist des Morgens auf, seltener am Tage, halte mehrere Stunden an, und verschwinde in allmäliger Abnahme. Der Schmerz beginne mit dem Gefühle von Steifheit im Nacken, Kopf und Augenlidern, dann trete ein Dröhnen hinzu, es werde ihm schwindelig, und nicht selten steigere sich das Geräusch bis zum Brausen einer Dampfmaschine. Ein typisches Auftreten des Kopfschmerzes konnte nicht constatirt werden. Vf. sieht als wahrscheinliche Ursache dieses Kopfleidens einen im Gehirn localisirten Cysticercus an, trotzdem keine weiteren Störungen nachweisbar waren. 13 Monate später haben sich neue Tumoren bei dem Kranken gefunden, die sich vermuthlich durch längst an diese Stellen eingewanderte Cysticerci nach und nach gebildet haben. Die genaue Untersuchung des Kranken ergab die normale Beschaffenheit aller Organe und Functionen, dem entsprechend war auch das übrige Befinden des Kranken.

Der zweite Kranke, ein 28 Jahre alter Oekonom, zeigte eine grössere Anzahl von Tumoren, welche von ganz ähnlicher, ja beinahe gleicher Beschaffenheit waren, wie die oben geschilderten; zerstreut auf dem Rücken, auf Ober- und Vorderarm und in der Mitte der Stirne. Patient bemerkte diese Geschwülste schon vor ca. 2 Jahren, und haben sie seitdem etwas an Grösse zugenommen. Der bisher behandelnde Arzt sah sie als syphilitisch an. Bei der Untersuchung des Körpers vermuthete Vf. ihre parasitäre Natur, exstirpirte einen am Rücken sitzenden, und ergab sich derselbe als Cysticercus cellulosae. Der Kranke, früher stets gesund, leidet seit einem Jahre an leichten asthmatischen Anfällen. Der dritte Patient, ein Arbeitsmann von kräftigem Körperbaue, befand sich wegen einer Gonorrhöe in Behandlung. Bei der Untersuchung der Haut fand sich ein haselnussgrosser Tumor unter der rechten Brustwarze. Die Exstirpation desselben ergab, dass derselbe einen Cysticercus enthielt. Irgend eine Störung des Allgemeinbefindens war durch den Parasiten nicht bewirkt worden. Eine genaue Durchmusterung der Casuistik, welche der Vf.

anstellt, zeigt, dass in der bei weitem grössten Mehrzahl der Fälle, wo die Cysticercen die Haut bewohnten, auch innere Organe von ihnen heimgesucht wurden und hier die mannigfachsten Störungen hervorriefen; so im Auge die schwersten Gesichtsstörungen, im Gehirn die mannigfachsten Nervenerkrankungen vom einfachen Kopfschmerz bis zu Lähmungen, Krampfanfällen, Epilepsie und Apoplexie, im Centrum der Circulation, Endocarditis und Pericarditis, in den Respirationsorganen asthmatische Anfälle, in den Darmwandungen Peritonitis etc. Da auch bei Sectionen Cysticercen in den Knochen, Pancreas, Leber, Milz und Nieren mehrfach aufgefunden worden sind, so dürften sie sich auch hier durch mannigfache Störungen in diesen Organen wohl verrathen haben. Der durch die visceralen Cysticercen hervorgerufene Symptomencomplex hat aber im Allgemeinen einen so wenig specifischen pathognomischen Charakter, und bietet meist so wenig differential-diagnostische Momente dar, dass der ätiologische Zusammenhang nur durch den gleichzeitigen Nachweis von Cysticercen in dem subcutanen Gewebe ermöglicht werden kann.

Bibliographie des Jahres 1876.

V. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1876 p. 476 u. 666 und Jahrg. 1877 p. 289 u. 443.)

Dermatologie und Vaccine.

Adams J. B., Erkrank. n. d. Vaccinat. Boston med. and surg. Journ. XCV. 25, p. 722, Dec.

Alken H. J., Ueber d. therapeutische Wirkung des Gurjunöls (Bals. Dipterocarpi) bei Lepra. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Ind. N. S. VII. 2. p. 141.

Blenkarne W., Locale Anwendung von „Amyl-Colloid“ bei Herpes front. Brit. med. Journ. 30. Dec. p. 856.

Butlin, Brustkrebs nach Eczem der Brustwarzen. St. Barthol. Hosp. Rep. XII. p. 280.

Bruzelius, Fall von Alopecia areata. Hygiea XXXVIII. Decemb. p. 289.

Cooper Rob. J., Ueber Verhütung von Blatternarben. Brit. med. Journ. 30. Dec. p. 856.

Devergie Alph., Ueber Psoriasis der Zunge u. ihre Behandlung. L'Union méd. 153.

Duckworth, Dyce, Fall von Morphaea. Clin. Soc. Transact. IX. p. 78.

Fornari Fed., Gerbsäure bei Wunden u. Eczem. Il Raccogl. med. XXXIX. 35, 36. p. 517.

Goodmann Godfr., Elephantiasis Scroti. Erfolgreiche Operation. Lancet II. 26, Dec.

Gossmann J., Zur Incubationsdauer der Scarlatina. Württemb. Corr. Bl. LXVI. 36.

Grenhow E. H., Hautpigmentirung, wie bei Addison'scher Krankheit. Clin. Soc. Transact. IX. p. 44.

Hague Sam., Ueber die Incubationszeit der Blattern u. Vaccine Brit. med. Journ. 16. Dec. p. 787.

Hirons G. M., Theer innerlich gegen Psoriasis. Brit. med. Journ. 16. Dec. p. 787.

Nedopil M., Ueber d. Psoriasis d. Zungen- u. Mundschleimhaut und deren Verhältniss zum Carcinom. Arch. f. klin. Chirurgie XX. 2. p. 324.

Oeffinger H., Die Behandlung d. Trichophyton tons. mit Salicylsäure. Bad. ärztl. Mitth. XXX. 24.

Oswald James, Liq. ferri sesquichl. local gegen Rothlauf. Brit. med. Journ. 30. Dec. p. 855.

Piatelli Romolo, Schwefelpräparate gegen Pityriasis versic. Riv. clin. 2. S. VI. 11. p. 350.

Pick J. J., Bericht d. Klinik f. Hautkr. u. Syph. in Prag vom J. 1875. Verl. d. Verf. 1876.

Remy Ch., Hirnembolie, Endocarditis vegetans, Pellagra, Hypertrophie d. Drüsen. Bull. de la Soc. anat. 4. S. 1, 3. p. 418. Juni-Juliheft.

Squire Balm., Fälle v. Hautkr. Clin. Soc. Transact. IX. p. 165.

Stedmann C. E., Scarlatina complic. mit Typhlitis, Tod. Boston med. and surg. Journ. XCV. 26. p. 756. Dec.

Taylor R. W., Behandlung d. Eczems. Amer. clin Lect. ed. by Seguin.

Tucker James J., Herpes Zoster frontalis. Chicago Journ. of nerv. and ment. Sc. U. S. I. 4. p. 561.

Syphilis.

Bidenkap, Fall von tertiärer Syphilis. Norsk Mag. 3. R. VI. 12.

Hugonneau, Ueber die interstitielle syphil. Glossitis. Gaz. des Hôpit. 151.

Murchison C., Pyelitis u. Nephritis nach Gonorrhöe. Clin. Soc. Transact. IX. p. 25.

Taylor R. W., Ueber Nervensyphilis. Chicago Journ. of nerv. and ment. Dis. N. S. I. 1. p. 20.

Faraoni M. L., Tayuya gegen Syphilis u. Scrofeln. Mailand 1876.

Autoren- und Sachregister.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

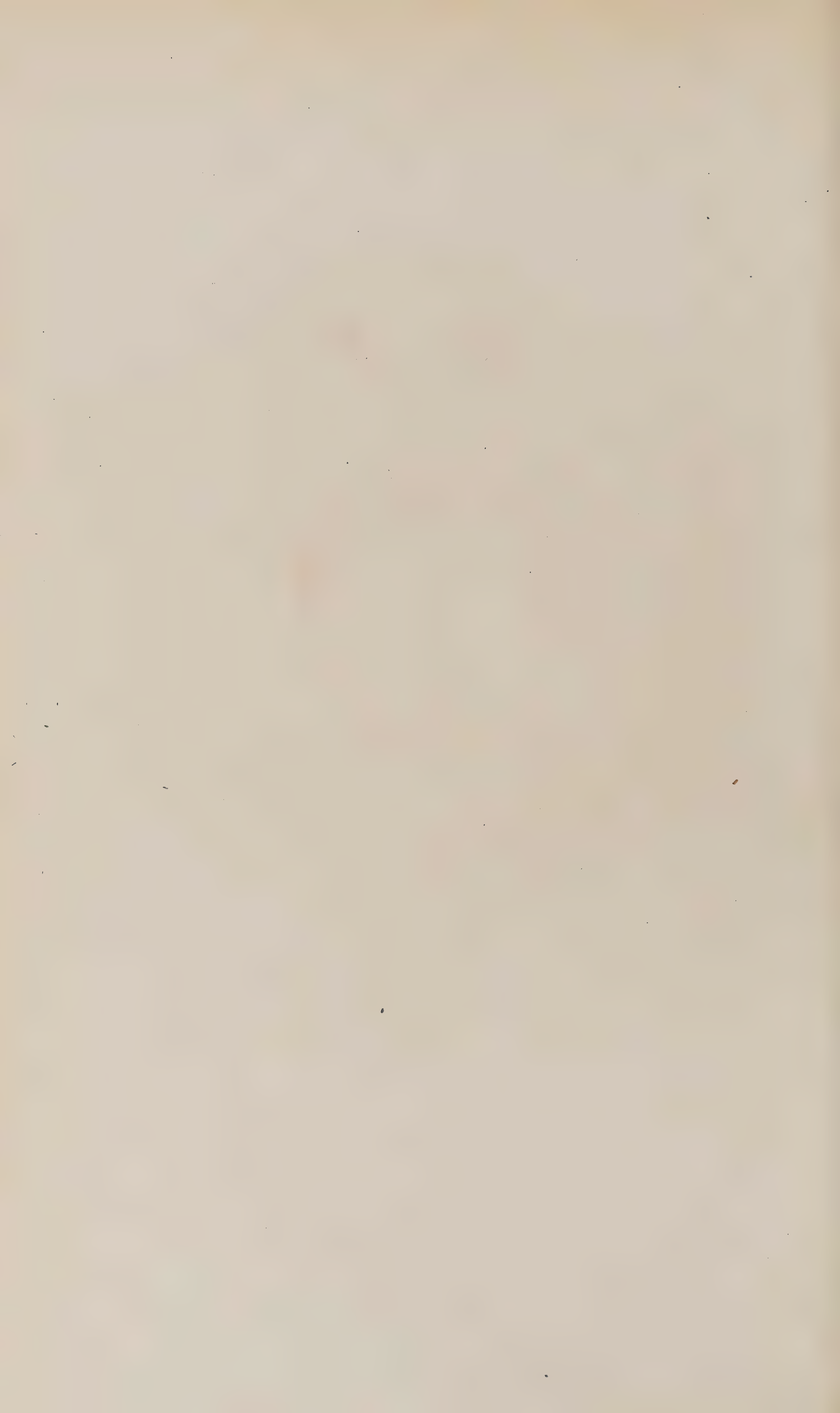
K.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).



Leucoplakia et Papilloma linguae.

Lith. Anst. v. Appel & Co. Wien.





Leucoplakia diffusa linguae.

Schwimmer: Jdiop. Schleimhautplàques d. Mundh.

Lith. Anst. v. Appel & Co. Wien.





Leucoplakia linguae.

Lith. Anst. v. Appel & Co. Wien.





Leucoplakia labialis.



